

GUÍA DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

SAMI SALUD, cuenta con un departamento de auditoría y orientación para personas con Discapacidad, de acuerdo con la Ley N° 24.901 art. 11 y 12.

IMPORTANTE:

- **Terapias:** Las prestaciones de apoyo que se autorizan deben estar remitidas a una prestación principal de concurrencia del socio (escuela, Centro de día, formación laboral, etc.). **Las TERAPIAS NO pueden superar más de 2 especialidades con una concurrencia de 3 veces por semana.** Cuando el socio solicite mayor número de terapias debido a la complejidad de su déficit se deberá re direccionar el tratamiento a un Centro de Rehabilitación categorizado que trabaje en forma interdisciplinaria.
- **Transporte:** En los casos que la persona con discapacidad deba realizar más de 25Km diarios para realizar una prestación se recomienda re direccionar al centro categorizado más cercano a su domicilio.
- **Integración Escolar:** la misma tiene por objetivo la adecuación de la currícula de aprendizaje y la metodología que el docente del colegio debe emplear. **NO ES UN ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO.** Con la integración escolar se tiende a la inclusión del niño en el aula, razón por la cual el adulto de referencia debe ser su docente y no el acompañante terapéutico. Esta prestación puede ser brindada por psicopedagoga y por maestra especial principalmente. Se evaluarán otras profesiones idóneas al tipo de discapacidad y al grado de especialización.
- Toda la documentación requerida está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones emanadas de Normativas vigentes de los Organismos oficiales.
- Las Solicitudes de tratamiento que se cursen por cobertura de prestaciones por Discapacidad caducarán cada 31 de diciembre del año en que fueron solicitados.
- Para solicitar la cobertura de Prestaciones incluidas en el Sistema de Prestaciones Básicas a favor de Personas con Discapacidad, Ud. deberá cumplimentar la documentación, que a continuación se detalla, en un **plazo de 45 días previos al inicio del/los tratamientos**, ya que no se reconocerá cobertura de tratamientos de forma retroactiva o que no hayan sido fehacientemente aprobados. Se recuerda que el ingreso de la documentación NO implica en si misma su autorización, ya que esta se encuentra sujeta al análisis y la evaluación que realice el Departamento de Auditoría en Discapacidad.

MODALIDADES DE COBERTURA

PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD

MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

El niño es estimulado de manera integral según sus propias necesidades. Es un Proceso terapéutico – educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. **Destinado a bebés y niños pequeños de 1 a 4 años de edad cronológica** y, eventualmente hasta los 6 años. Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en la Superintendencia de Servicios de Salud para tal fin.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Informe del estado actual y plan de tratamiento
- Cronograma con días y horarios de atención
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución
- Habilitación
- Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Seguro de mala praxis de la Institución
- Constancia de opción / inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

PRESTACIONES DE APOYO – TERAPIAS

Prestación de apoyo es aquella que recibe una persona con discapacidad como **complemento o refuerzo de otra prestación principal** de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad. El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal. **El máximo de horas será de hasta 6 (seis) horas semanales.** Esta prestación se debe realizar en los centros de rehabilitación.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Informe del estado actual y plan de tratamiento
- Cronograma con días y horarios de atención
- Título
- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud
- Inscripción en la Afip del profesional
- Seguro de mala praxis/responsabilidad civil
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución
- Consentimiento informado

MÓDULO DE TRATAMIENTO INTEGRAL SIMPLE

Sesiones que se brinden con **una periodicidad menor a 4 días semanales (lunes a viernes)**. Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Informe del estado actual y plan de tratamiento
- Cronograma con días y horarios de atención
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución
- Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación
- Inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

MÓDULO DE TRATAMIENTO INTEGRAL INTENSIVO

La atención comprende **la semana completa (5 días, de lunes a viernes) con más de una especialidad**. Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Informe del estado actual y plan de tratamiento
- Cronograma con días y horarios de atención
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución
- Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud acorde a la prestación
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación
- Constancia de opción / inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

EDUCACIÓN INICIAL

Proceso educativo especial correspondiente a la primera etapa de la escolaridad **entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente**.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Presupuesto

- Informe final del año anterior
- Informe del estado actual y plan de trabajo individual
- Cronograma con días y horarios de atención
- Certificado de alumno regular original
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilidad
- Constancia inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA

Proceso educativo especial **entre los 6 y los 14 años de edad** aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Objetivos de trabajo
- Cronograma con días y horarios
- Certificado de alumno regular original
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución
- Habilidad
- Constancia inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

FORMACIÓN LABORAL

Proceso de capacitación que implica, formación laboral para su inserción en el mundo del trabajo. Personas **entre los 14 y 24 años de edad**. No podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Cronograma con días y horarios
- Certificado de alumno regular original
- Certificado de pasantías realizadas el año anterior
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilidad
- Constancia de inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR o MAESTRO DE APOYO

Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo en el campo de la educación.

El equipo podrá pertenecer a una escuela especial, cet con integración escolar o actuar independientemente.

El servicio podrá brindarse por módulos de un mínimo de **8 horas semanales**.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Constancia de alumno regular.
- Acta acuerdo firmada por familiar responsable/ tutor, directivo de la escuela y prestador. Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.
- Prescripción médica según solicite MODULO EQUIPO DE INTEGRACION (EQUIPO)
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Informe del estado actual y adaptación curricular por materia
- Cronograma con días y horarios
- Certificado de alumno regular original
- Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; institución educativa común; institución que brinda la integración escolar
- Seguro de mala praxis de la Institución
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución (Ver Listado de Anexos)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación
- Constancia de opción / inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

MÓDULO MAESTRO DE APOYO

Apoyo pedagógico que requiere un alumno para integrarse en la escolaridad común, **EXCLUSIVAMENTE por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES.**

Una **carga horaria de 20hs. semanales**, el profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Informe del estado actual y adaptación curricular por materia
- Cronograma con días y horarios
- Certificado de alumno regular original
- Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; institución educativa común; maestra de apoyo
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por el profesional (Ver Listado de Anexos)
- Fotocopia de Título habilitante: psicopedagoga, profesora especial o títulos con incumbencia a ser evaluados
- Fotocopia de Constancia de inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Está dirigido a personas que presenten restricciones importantes en la capacidad de autoevaluación, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

Mínimo tres sesiones individuales para la Modalidad de concurrencia de Jornada Doble y dos sesiones individuales en el caso de Jornada Simple de las distintas especialidades o de alguna de ellas.

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

- Prescripción médica
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Informe del estado actual
- Plan de Tratamiento general e individual
- Cronograma con días y horarios de actividades y sesiones
- Certificado de asistencia regular original
- Seguro de mala praxis de la Institución
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución (Ver Listado de Anexos)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación
- Constancia de opción / inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

CENTRO DE DÍA

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo lograr el desarrollo de autoevaluación e independencia posible.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Presupuesto
- Informe final del año anterior
- Informe del estado actual
- Plan de Trabajo individual
- Historia Clínica
- Constancia de asistencia mensual
- Seguro de mala praxis de la Institución
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable de la Institución (Ver Listado de Anexos)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación
- Constancia de opción / inscripción en la Afip
- Consentimiento informado

Hogar en todas sus modalidades / Pequeño hogar:

Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

TRANSPORTE

Traslado de las personas **desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa.** La Solicitud de Transporte debe ser fundamentada adecuadamente por médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público. **(Ley 24.901 ARTICULO 13.)** — Esta prestación debe estar también justificada en el Resumen de Historia Clínica.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Prescripción médica
- Solicitud de transporte realizada por médico tratante (Ver Listado de Anexos)
- Formulario FIM si lo requiere
- Presupuesto
- Recorrido impreso en Google Maps: www.google.com.ar/maps
- Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado
- Seguro
- Licencia de Conducir
- Cédula
- Declaración de CBU, Banco Emisor y Tipo de cuenta firmado original por responsable del Transporte (Ver Listado de Anexos)
- Constancia de concurrencia a la institución para la cual se requiere el traslado mensual
- Constancia de opción / inscripción en la Afip
- Consentimiento informado
- Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/ tutor.
- Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/ tutor.
- Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

DEPENDENCIA

En los casos de transporte **NO se reconoce dependencia en menores de 5 años.**

Para los casos de requerir transporte, los socios deberán:

- a) Presentar el pedido y la justificación médica pertinente mediante una nota del profesional tratante.
- b) Presentar un Presupuesto del transportista indicando Nombre del socio por el cual se requiere el servicio, domicilio de partida, domicilio de destino, prestación que se brinda en el destino para el cual se solicita el traslado, kilometraje diario recorrido, kilometraje mensual recorrido.
- c) Acompañar un Certificado de cobertura emitido por la Compañía de Seguros, del Seguro del vehículo que utilicen, o de Responsabilidad Civil de la empresa de transporte, remisería etc.
- d) Constancia de Inscripción en AFIP
- e) Habilitación
- f) Recorrido en Google maps o formato similar (Se gestiona por Internet ingresando a www.maps.google.com.ar).

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2022

La documentación podrá ser firmada ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales:

- Fotocopia DNI del socio
- Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad (CUD)
- Resumen de Historia Clínica del médico tratante incluyendo:
 - Nombre y apellido del afiliado
 - DNI del afiliado
 - fecha de nacimiento
 - Diagnóstico
 - Plan terapéutico y farmacológico si lo hay
 - La fecha de la HC debe ser anterior al inicio de las prestaciones
 - Las declaraciones de prestaciones.
 - Constancia de Alumno Regular;

En los casos en los que el socio no se encuentre escolarizado deberá justificar dicha situación mediante una nota firmada por los padres y un informe del equipo tratante que explique los motivos por los cuales es difícil o imposible su concurrencia a instituciones educativas.

- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto prestacional.

En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.

En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria (Res. 789/09) del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulador por la normativa vigente de aplicación.
- Título habilitante y certificado analíticos de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Constancia de CUIT.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

La fecha de emisión del pedido médico no podrá ser posterior a la fecha de inicio del período solicitado en el mismo. Debe existir total concordancia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el Prestador/ Institución/ Transporte presupuesta.

El incorrecto fechado de órdenes y presupuestos es motivo de RECHAZO de la prestación.