Subsidios por Discapacidad

Guía para Beneficiarios

- ***Para la gestión del Subsidio por Discapacidad se encuentra a disposición la plataforma online "MI OSECAC".*** *A los efectos de acceder a la misma y al tutorial correspondiente para el registro de la documentación respaldatoria requerida, el beneficiario y/o el tutor/ familiar responsable deberá ingresar al sitio Web de la Obra Social:* ***http://www.osecac.org.ar****, opción INGRESAR.*
Cualquier inconveniente en el acceso a "MI OSECAC", se debe reportar por correo electrónico a: ***soportemobile@osecac.org.ar***

- Adecuándose a las necesidades prestacionales de las personas con discapacidad ***las solicitudes de prestaciones no se encontrarán limitadas al año calendario, a excepción de las prestaciones educativas*** *enunciadas en la Resolución Nº 428/99 del entonces MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL:*
**Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo, Educación Inicial (Pre Primaria), Educación General Básica (Primaria) y Formación Laboral: año calendario*
**Transporte Especial a Institución educativa: año calendario*
**Otras Prestaciones: año aniversario, no pudiendo exceder un periodo de hasta 12 (doce) meses. Finalizando el último día del mes 12 independientemente del día de inicio:*

- *Caso 1: Desde 01/04/2027 Hasta 31/03/2028 – A renovar desde 01/04/2028*
- *Caso 2: Desde 15/05/2027 Hasta 30/04/2028 – A renovar desde 01/05/2028*

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSECAC se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

Actualización: OCTUBRE 2026

INDICE

1. Objetivo 3

2. Lineamientos Generales 3

3. Alta Subsidio 3

4. Alta, Modificación y Renovación de Prestaciones 4
4.1 Apoyo a la Integración escolar y Maestro de Apoyo 4
4.1.1 Apoyo a la Integración Escolar 4
4.1.2 Maestro de Apoyo 4
Documentación para Apoyo a la Integración escolar y Maestro de Apoyo 5

4.2 Terapias Ambulatorias 6
4.2.1 Prestación de Apoyo 6
4.2.2 Módulos de Atención Ambulatoria 6
Documentación para Terapias Ambulatorias 6

4.3 Otras Prestaciones (excluye Transporte) 8
4.3.1 Hospital de Día 8
4.3.2 Estimulación Temprana 8
4.3.3 Educación Inicial / Pre Primaria 8
4.3.4 Educación General Básica / Primaria 8
4.3.5 Formación Laboral 8
4.3.6 Centro Educativo Terapéutico 8
4.3.7 Centro de Día 9
4.3.8 Hogares 9
4.3.9 Internación en Rehabilitación 9
Documentación para Prestaciones 10

4.4 Transporte 11
Documentación para Transporte 11

5. Dependencia 13

6. Seguimiento semestral 13

7. Cambio de Prestador y/o de la situación del beneficiario 14

8. Reclamo de documentación faltante, incompleta o incorrecta 14

1. OBJETIVO

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un subsidio por discapacidad.

2. LINEAMIENTOS GENERALES

- Se emitirá autorización por Subsidio por Discapacidad en caso de solicitarse la cobertura de alguna de las modalidades comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

- Sólo puede iniciarse trámite de Subsidio por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad.

- La solicitud debe presentarse 60 días antes del inicio de la prestación. No se emitirán autorizaciones retroactivas que excedan los plazos establecidos por el proceso de INTEGRACIÓN.

- Nuevas prestaciones y/o las modificaciones sobre las ya presentadas, deberán solicitarse también con anterioridad a su inicio y hasta los 30 días posteriores de producida la novedad.

- Toda la documentación requerida para solicitar el alta de un Subsidio por Discapacidad debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra. La misma está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales.

- Los prestadores pueden imprimir las autorizaciones (AD) de los beneficiarios, ingresando con su CUIT a través del siguiente link en internet: **http://prestadores.osecac.org.ar.** Cualquier inconveniente en el acceso al portal de prestadores, se debe reportar por correo electrónico a **info.tesorería@osecac.org.ar**

3. ALTA SUBSIDIO

- ***Certificado de Discapacidad vigente***

- El certificado debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3-Ley 22.431/87) y debe encontrarse vigente al momento de la solicitud.
- No será válida la gestión de Subsidio por Discapacidad solo con la constancia del turno obtenido para tramitar el Certificado de Discapacidad.
- En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, anexar copia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad, pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

- ***Formulario Anexo 1.1 - Información del Beneficiario completo en su totalidad por el beneficiario / familiar responsable / tutor.***

- ***Formulario Consulta CODEM:*** **https://www.anses.gob.ar/consulta/obra-social-codem**

4. ALTA, MODIFICACIÓN Y/O RENOVACIÓN DE PRESTACIONES

4.1 - Apoyo a la Integración Escolar y Maestro de Apoyo

Periodo de solicitud: ***año calendario***

4.1.1 - Apoyo a la Integración Escolar (AIE)

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin.

- Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente)** hasta la finalización del nivel de educación secundaria.

- De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

- El módulo de Apoyo a la Integración Escolar implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

- Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar:
  - ✓ Instituciones categorizadas para la modalidad Apoyo a la Integración Escolar.
  - ✓ CET con Integración Escolar.
  - ✓ Instituciones categorizadas para las modalidades Educación Inicial / Pre primaria y Educación General Básica / Primaria con integración Escolar.

4.1.2 - Maestro de Apoyo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

- Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente)** hasta la finalización del nivel de educación secundaria.

- De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

- El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora.

- Podrán brindar Maestro de Apoyo::
  - ✓ Profesionales acordes a la discapacidad del beneficiario, preferentemente con formación docente o psicopedagogo.
  - ✓ El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Documentación requerida

Trámite 1: Solicitud

- **Resumen de Historia Clínica**, firmada por el médico tratante.
- **Prescripción médica de la prestación**, firmada por el médico tratante – Año calendario. Deberá indicar el periodo prestacional y la modalidad solicitada.
  No deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
- **Conformidad de la prestación** firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Anexo 1.9).
- **Constancia de matriculación y/o alumno regular** (deberá indicar el número de CUE).

Documentación del prestador:

- **Presupuesto prestacional**: AIE (Anexo 1.2) y Maestro de Apoyo (Anexo 1.4).
- **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, firmado por el prestador.
- **Informe evolutivo de la prestación**: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados, firmado por el prestador.
- **Plan de abordaje individual** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, firmado por el prestador.
- **Dictamen de categorización / título habilitante:**
  - *Apoyo a la Integración Escolar:*
  Dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del organismo competente (SNR/ANDIS/SENADIS), vigente.
  - *Maestro de Apoyo*:
  Título habilitante y certificado analítico de materias.
- **Comprobante de CBU del prestador** (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán cumplimentar el (Anexo 1.8) en carácter de Declaración Jurada o acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **info.tesorería@osecac.org.ar**

Toda la documentación deberá contener fecha de emisión anterior al inicio de la prestación

Trámite 2: Documentación Complementaria (dentro de los 60 días de iniciado el Ciclo Lectivo) – OBLIGATORIO

- **Constancia de alumno regular** de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo correspondiente (deberá indicar el número de CUE).
- **Acta Acuerdo** firmada por familiar responsable / tutor, directivo de la escuela y profesional / equipo tratante.

4.2 – Terapias Ambulatorias

Periodo de solicitud: ***año aniversario, hasta 12 meses (puede no coincidir con año calendario)***

4.2.1 - Prestaciones de Apoyo

Se entiende por prestaciones de apoyo a aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal (se excluye como prestación principal a los módulos de Atención Ambulatoria, Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo y Transporte Especial).

- El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en alguna de las otras modalidades previstas.

- Carga horaria mínima por sesión: **45 minutos.**

4.2.2 - Módulos de Atención Ambulatoria

Cuando el beneficiario requiera una mayor carga horaria de atención por sesiones, se reconocerá la modalidad como Atención Ambulatoria:

- ***Tratamiento Integral Intensivo:*** *comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes).*

- ***Tratamiento Integral Simple:*** *cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales.*

Documentación requerida

- **Resumen de Historia Clínica**, firmado por el médico tratante.
- **Prescripción médica de la prestación**, firmada por el médico tratante – Año aniversario. Deberá indicar el periodo prestacional, la/s prestación/es y la cantidad de sesiones de cada una.
  No deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- **Conformidad de la prestación** firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Anexo 1.9).

Documentación del prestador:

- **Presupuesto prestacional** (Anexo 1.4).
- **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, firmado por el prestador.
- **Informe evolutivo de la prestación**: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados, firmado por el prestador.
- **Plan de abordaje individual:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención, firmador por el prestador.
- **Dictamen de Categorización / Registro Nacional de Prestadores / Título habilitante**:
  - Prestación brindada por instituciones:
  1. Dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del organismo competente (SNR/ANDIS/SENADIS), vigente.
  2. Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores **dependiente de la SSSalud** (RNP), vigente.

- *Prestación brindada por profesionales*:

Título habilitante. Los kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, musicoterapeutas y terapistas ocupacionales, así como los psicopedagogos y psicomotricistas egresados de una universidad, deberán además remitir la Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP), vigente.

- **Comprobante de CBU del prestador** (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán cumplimentar el (Anexo 1.8) en carácter de Declaración Jurada o acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **info.tesorería@osecac.org.ar**

Toda la documentación deberá contener fecha de emisión anterior al inicio de la prestación

4.3 – Otras Prestaciones

4.3.1 - Hospital de Día

*Periodo de solicitud: **año aniversario, hasta 12 meses (puede no coincidir con año calendario)***

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación.

- No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos.

4.3.2 - Estimulación Temprana

*Periodo de solicitud: **año aniversario, hasta 12 meses (puede no coincidir con año calendario)***

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 beneficiarios de 1 a 4 años de edad cronológica y eventualmente hasta los 6 años.

- Carga horaria mínima por sesión: **45 minutos.**

4.3.3 - Educación Inicial / Escolaridad Pre Primaria

*Periodo de solicitud: **año calendario***

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

4.3.4 - Educación General Básica / Escolaridad Primaria

*Periodo de solicitud: **año calendario***

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

4.3.5 - Formación Laboral

*Periodo de solicitud: **año calendario***

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

4.3.6 - Centro Educativo Terapéutico

*Periodo de solicitud: **año aniversario, hasta 12 meses (puede no coincidir con año calendario)***

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

4.3.7 - Centro de Día

*Periodo de solicitud: **año aniversario, hasta 12 meses (puede no coincidir con año calendario)***

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de auto-valimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

4.3.8 - Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, Pequeño Hogar, permanente o de lunes a viernes

*Periodo de solicitud: **año aniversario, hasta 12 meses (puede no coincidir con año calendario)***

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de auto-valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

4.3.9 - Internación en Rehabilitación

*Periodo de solicitud: **año aniversario, hasta 12 meses (puede no coincidir con año calendario)***

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

*Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de **un proceso de duración limitada y con objetivos definidos**, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentando por un equipo multidisciplinario.*

La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.

Documentación requerida

- **Resumen de Historia Clínica**, firmado por el médico tratante.
- **Prescripción médica de la prestación**, firmada por el médico tratante. Deberá indicar el periodo prestacional, la prestación solicitada y, en caso de corresponder, el tipo de concurrencia (Jornada Simple o Doble, permanente o de lunes a viernes, según corresponda).
  No deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones. Para las modalidades educativas, Centro de Día y CET en Jornada Simple, deberá especificar si requiere almuerzo y/o colación diaria.
- **Conformidad de la prestación** firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Anexo 1.9).

Documentación del prestador:

- **Presupuesto prestacional** (Anexo 1.3).
- **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, firmado por el prestador.
- **Informe evolutivo de la prestación**: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados, firmado por el prestador.
- **Plan de abordaje individual:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención, firmador por el prestador.
- **Informe socio-ambiental** (únicamente para Hogares): confeccionado por trabajador social que no pertenezca a la institución.
- **Dictamen de Categorización / Registro Nacional de Prestadores**:
  - *Centros de Día, CET, Escolaridad Pre Primaria / Primaria, Formación Laboral y Hogares*:
  Dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del organismo competente (SNR/ANDIS/SENADIS), vigente.
  - *Estimulación Temprana, Hospital de Día e Internación en Rehabilitación*:
  1. Dictamen de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del organismo competente (SNR/ANDIS/SENADIS), vigente.
  2. Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores **dependiente de la SSSalud** (RNP), vigente.
  Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán cumplimentar el (Anexo 1.8) en carácter de Declaración Jurada o acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **info.tesorería@osecac.org.ar**

- **Dependencia:** en caso de solicitar dicho adicional, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional (Anexo 1.7 puntaje y justificación) y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

Toda la documentación deberá contener fecha de emisión anterior al inicio de la prestación

4.4 – *Transporte Especial*

Periodo de solicitud:

-TRANSPORTE A INSTITUCION EDUCATIVA: año calendario.

-TRANSPORTE A OTRAS INSTITUCIONES O TRATAMIENTOS: año aniversario, Hasta 12 meses (puede no coincidir con el añocalendario).

De NO coincidir con el periodo de la prestación de destino, podrá solicitarse acreditación de la misma.

*El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa****. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art 22 inc a).***

- No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino.

- De acuerdo a Res. 1192/15 MS, **la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georreferenciación utilizado**, y será abonada por mes entero. Dicha prestación, considerada modular, estará sujeta a débito cuando el servicio sea prestado en menos de un 80 % del periodo en cuestión. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos en el módulo los días del receso invernal.

- La cobertura se brindará hasta un total de 1500 km mensuales, entre todos los destinos; pudiendo la OSECAC, requerir la derivación a otro establecimiento de igual calidad prestacional, más cercano a su domicilio, así como re-pautar la frecuencia de asistencia, los cronogramas de tratamiento y/o solicitar un informe médico (sujeto a evaluación), el cual deberá avalar:

1) La necesidad de concurrencia al establecimiento y/o prestador seleccionado y la frecuencia de asistencia que motive dicho requerimiento.
2) La falta de un prestador categorizado y de igual calidad prestacional más cercano a su domicilio.
3) La incidencia de las distancias, en el cuadro y evolución del beneficiario.

Documentación requerida

- **Resumen de Historia Clínica**, firmado por el médico tratante.
- **Prescripción médica de la prestación**, firmada por el médico tratante. Se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público. Deberá indicar el periodo prestacional y la prestación solicitada.
- **Conformidad del transporte** firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Anexo 1.9).
- **Certificación del domicilio del beneficiario**, emitido por autoridad competente.

Documentación del prestador:

- **Presupuesto con el diagrama de los traslados**, indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje (Anexo 1.5) y constancia del programa de georreferenciación que acredite la distancia recorrida.

- **Habilitación y/o póliza vigente** donde conste que el vehículo está habilitado para el transporte de pasajeros (no uso particular), licencia de conducir y Verificación Técnica Vehicular.
- **Comprobante de CBU del prestador** (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán cumplimentar el (Anexo 1.8) en carácter de Declaración Jurada o acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **info.tesorería@osecac.org.ar**

- **Dependencia:** en caso de solicitar dicho adicional, 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 (Anexo 1.7 puntaje y justificación) e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

Toda la documentación deberá contener fecha de emisión anterior al inicio de la prestación

5. DEPENDENCIA

El Índice de Independencia Funcional (FIM) no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia, en los casos en que se encuentre debidamente justificado, para las siguientes modalidades:

- **Centro de Día**
- **Centro Educativo Terapéutico**
- **Hogar**
- **Hogar con Centro de Día**
- **Hogar con Centro Educativo Terapéutico**
- **Transporte Especial (solo para beneficiarios desde los 6 años – SIN EXCEPCION).**

Documentación requerida

❖ 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 (Anexo 1.7 puntaje y justificación).

❖ En caso de solicitar dependencia para la prestación de **Transporte Especial** (beneficiarios + 6 años) 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 (Anexo 1.7 puntaje y justificación).

6. SEGUIMIENTO SEMESTRAL

A los 6 meses de iniciada la prestación, se debe adjuntar un "Informe de seguimiento semestral" de la prestación brindada, **confeccionado por el profesional o institución tratante**. Ante esta presentación se prorrogará la autorización oportunamente emitida.

Para el caso de continuidad de Transporte, se debe adjuntar el "Informe de seguimiento semestral" correspondiente a la prestación destinataria del traslado.

El INCUMPLIMIENTO del mismo implica la suspensión de la autorización (AD) emitida.

7. CAMBIO DE PRESTADOR Y/O DE LA SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con Subsidio por Discapacidad ya otorgado, **la documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad:**

- **Cambio /Baja:**

- Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio o baja (Anexo 1.6)

Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.

- **Fallecimiento del beneficiario causante:**

- Nota del beneficiario titular informando la fecha de finalización del tratamiento (Anexo 1.6)
- Certificado de defunción.

- **Abandono del tratamiento:**

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.

8. RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA

En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al **reclamo** correspondiente. Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación al correo electrónico declarado por el beneficiario titular en la plataforma online de la Obra Social dispuesta a tal fin y/o a la delegación de cabecera de acuerdo a la forma de gestión del Subsidio, debiendo cumplimentarse a la mayor brevedad posible a fin de darle curso correspondiente al expediente