



GUÍA DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD 2025

OSPESCA cuenta con un área de auditoría y orientación para personas con Discapacidad.

Nuestro principal objetivo es poder acompañar, orientar y evaluar las prestaciones indicadas a los beneficiarios.

En este marco, trabajamos para que la persona con discapacidad pueda ser incluida, propiciando su autonomía y su autodeterminación, por lo que proponemos:

- Reconocer y promover la capacidad de autodeterminación, igualdad y justicia social para las personas que padezcan una discapacidad.
- Garantizar los tratamientos con prestadores que trabajen seriamente a fin de lograr una mejor calidad de vida de la persona y hayan sido categorizados y/o inscriptos por la autoridad competente.
- Cubrir las prestaciones básicas a todos los beneficiarios que acrediten su condición con la presentación del certificado de discapacidad vigente.

Desde esta auditoría, consideramos fundamental que trabajando juntos, *la familia, los prestadores y nosotros* vamos a lograr integrar a la persona con discapacidad en la participación del quehacer cotidiano.

NORMA GENERAL

Esta auditoría orientará a los beneficiarios hacia aquellos prestadores que se encuentren categorizados por la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD y/o inscriptos en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES de la Superintendencia de Servicios de Salud, según corresponda.



MODALIDADES DE COBERTURA

AMBULATORIO

MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Es la prestación de entrada al sistema. Donde 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.

PRESTACIONES DE APOYO – TERAPIAS

Se denomina prestación de apoyo a 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 recomienda realizar en los centros de rehabilitación que trabajan interdisciplinariamente y se encuentren inscriptos en la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, previamente categorizados para estos fines en la Agencia Nacional de Discapacidad o Profesionales con las incumbencias correspondientes debidamente inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores.

MÓDULO DE TRATAMIENTO INTEGRAL INTENSIVO

Comprende la atención de 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.

MÓDULO DE TRATAMIENTO INTEGRAL SIMPLE

Cuando las sesiones 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.

EDUCACIÓN INICIAL

Proceso educativo especial 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 y aprobada para ello. Escuelas categorizadas para brindar esta prestación.

EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA

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

FORMACIÓN LABORAL

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. Deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Los servicios educativos de apoyo a las instituciones de educación común tienen por objeto, ofrecer los apoyos específicos para la evaluación y la atención de alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes, dentro del ámbito de la educación común. Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo.

El equipo de apoyo técnico especializado podrá pertenecer a una escuela especial o institución habilitada capacitado para tal fin, deberá articular y coordinar su accionar, con el equipo docente, profesional de la escuela común donde el niño concurra y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio podrá brindarse por módulos de un mínimo de 8 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional.

Si el niño con necesidades educativas especial requiere mayor cantidad de horas de apoyo, el servicio de integración escolar deberá arbitrar los medios necesarios para la inclusión integral del niño. Este servicio puede brindarse por centros categorizados por la Agencia Nacional de Discapacidad.

MÓDULO MAESTRO DE APOYO

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común, debe estar



brindado por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES, con títulos habilitantes. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente).

El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Se entiende por Centro Educativo Terapéutico a aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Estas metodologías pueden incorporar, reformulados pedagógicamente, recursos extraídos del campo terapéutico; por lo que el equipo profesional que las investigue, produzca y aplique, tendrá una composición y conformación que permita ese abordaje.

El mismo está dirigido a personas con discapacidad que presenten restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

La organización educativo terapéutica en todo servicio deberá incluir como 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, determinadas a partir de la evaluación inicial interdisciplinaria y la estrategia de abordaje para cada caso en particular.

CENTRO DE DÍA

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad. A través de las actividades que se desarrollen se procurará alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- a) Lograr la máxima independencia personal.
- b) Adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social.
- c) Integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia.
- d) Evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional.
- e) Desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.
- f) Apoyar y orientar a la familia.
- g) Implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades.



Hospital de Día:

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación. Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas (motoras y sensoriales) que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación. Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla. El hospital de día de media jornada incluye colación y el almuerzo en el de jornada doble.

INTERNACION

HOGARES: HOGAR, HOGAR CON CENTRO DE DÍA, HOGAR CON CET, PERMANENTE O DE LUNES A VIERNES

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 autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

OBSERVACIÓN: Al Resumen de Historia Clínica de Discapacidad se deberá adjuntar un Informe Social elaborado por Lic. En Trabajo Social que no pertenezca a la Institución. El mismo deberá justificar la imposibilidad de continencia familiar.

PRESTACIONES ADICIONALES

TRANSPORTE

Comprende el traslado de las personas con discapacidad 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.

DEPENDENCIA

En caso de solicitar dependencia para alguna de las prestaciones mencionadas deberá incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional (FIM).





GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO

FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD:

Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por la Agencia Nacional de Discapacidad. Debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo.

CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR

Deberá presentarse una constancia de alumno regular al comienzo, mediados y finalización del año lectivo. En los casos en los que el beneficiario 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.

DOCUMENTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ORIGINAL - confeccionada por el Médico de Cabecera/Tratante (Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra o Fisiatra, etc.). COMPLETO, LEGIBLE y con fecha ANTERIOR al comienzo del tratamiento, con firma y sello del profesional médico. Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del profesional médico. La fecha de confección de la Historia Clínica deberá coincidir con la fecha que figura en las órdenes médicas y en la planilla de conformidad de tratamiento. Resumen de Historia clínica del médico tratante incluyendo:

- Nombre y apellido del beneficiario
- Diagnóstico (según Certificado Único de Discapacidad)
- DNI del afiliado
- Fecha de nacimiento
- Antecedentes: Incluir las intervenciones terapéuticas y/o educativas previas.
- Plan terapéutico y farmacológico si lo hay: Debe indicar las prestaciones requeridas.
- Evolución del tratamiento en el último año.
- La fecha de la HC debe ser anterior al inicio de las prestaciones

PRESCRIPCIÓN MÉDICA ORIGINAL indicando el/los tratamientos/s propuesto/s por el médico tratante, consignando Nombre y Apellido, Nro. de beneficiario, Diagnóstico y Periodo de cobertura. LEGIBLE. Dicha indicación deberá estar emitida con fecha ANTERIOR al inicio de la prestación detallando período de la prestación requerida.



IMPORTANTE se autorizarán tratamientos en establecimientos o centros que estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o en el Registro de Prestadores de la Agencia Nacional de Discapacidad de la ANDIS.



INSTUTUCIONES
Plan de Tratamiento

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad:

Provincia:

Tel: (.....)-..... Cel: (.....)-..... Correo:.....@.....

Beneficiario:

DNI:

Prestaciones a brindar (según mecanismo de integración)

Tipo de jornada Simple [] Doble []

Dependencia Sí [] No []

Matrícula: \$

Importe Mensual: \$

Categoría:

Ciclo Lectivo desde:/...../.....

hasta:/...../.....

Cronograma de asistencia

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones

Firma Responsable de Institución:

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo expresa constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario:

DNI:

Nro. Afilado:



Firma Beneficiario o Representante:

Aclaración:

DNI:

Lugar y fecha del consentimiento:



ESPECIALIDADES Plan de Tratamiento

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad:

Provincia:

Tel: (.....)-..... Cel: (.....)-..... Correo:.....@.....

Beneficiario:

DNI:

Prestación / Especialidad	Cantidad de Sesiones	Importe de Sesión	Importe Mensual
---------------------------	----------------------	-------------------	-----------------

Ciclo Lectivo desde:/...../.....

hasta:/...../.....

Cronograma de asistencia

Especialidad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones

Firma Responsable de Institución:

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo expresa constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al



Beneficiario:

DNI:

Nro. Afilado:

Firma Beneficiario o Representante:

Aclaración:

DNI:

Lugar y fecha del consentimiento:

TRANSPORTE
Diagrama de Traslados

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad:

Provincia:

Tel: (.....)-.....

Cel: (.....)-.....

Correo:.....@.....

Beneficiario:

DNI:

TRASLADOS Completar el Diagrama

Dependencia: Sí [] No []

Importe Mensual: \$

Periodo traslados desde:/...../.....

hasta:

...../...../.....

Cronograma de traslados: (Marque con una X los días de traslados)

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Observaciones



Firma Responsable de Institución:

Aclaración:

DIAGRAMA DE TRASLADOS					
Beneficiario:			DNI Nro:		Periodo:
Día	Hora HH:MM	Origen (desde)	Destino (hasta)		KMS por viaje
		Domicilio	Domicilio	Establecimiento o Práctica	por viaje
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					



	NOMINA	DOMICILIO	CUIT	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	Jurisdiccion	
1	Union Marplatense de Ciegos	Entre Rios 2828	30638612220	2234957577	administracion@umasdeca.org.ar	Mar del Plata	Centro de Rehabilitacion
2	Toujas Daniela Belen	Entre Rios 2977	27363823667	2235650907	danielatoujas@gmail.com	Mar del Plata	Fonoaudiologia
3	Blesa Martinelli Leandro	Entre Rios 2977	20264940150	2236830909	leandroblesa@gmail.com	Mar del Plata	Psicologia
4	Perez Juan Pablo	Olavarria 4840	20320675880	2236331885	juanpabloperez@live.com	Mar del Plata	Kinesiologo
5	Ferreyra Nancy Enit	Carlos Tejedor 672	27148320212	2235471711	nancyefe@hotmail.com	Mar del Plata	Psicologia
6	Salerno Mario Alejandro	San Martin 1925	23233280089	2804408182	mario_alejandro_salerno@hotmail.com	Puerto Madryn	Kinesiologo
7	Oller Victoria	14 de Julio 1465	27370678869	2804389344	victoriaoller@hotmail.com	Mar del Plata	Psicologia
8	Zibecchi Carla	14 de Julio 1465	27395919445	2236022759	carla.estefania.cz@gmail.com.ar	Mar del Plata	Fonoaudiologia
9	Busolo Mariana	14 de Julio 1465	27390981290	2235819043	busolomariana@gmail.com	Mar del Plata	Psicopedagogia
10	Escuela Especial Dolto	Estrada 5444	27135454449	2234713160	fdolto@copetel.com.ar	Mar del Plata	Maestra integradora
11	Grupo Suizo	Martinez de Hoz 3799	33681429919	2234840314	autorizacionesgruposuizo@gmail.com	Mar del Plata	Centro de Rehabilitacion
12	Nieto Pilar	Cordoba 4356	27312980555	2235706516	psi.pilar.n@gmail.com	Mar del Plata	Psicologia
13	Castro Adelia	Gascon 1060	27060380479	2234514977	adeliacastrofono@gmail.com	Mar del Plata	Fonoaudiologia
14	Corrente Sandra	Olazabal 2443	27278803770	2234541871	svcorrente@hotmail.com	Mar del Plata	Kinesiologo
15	Navone Cecilia	20 de Septiembre 1828	27234783438	2234959975	cenavone@yahoo.com.ar	Mar del Plata	Terapia ocupacional
16	Olave M. Marcela	Rawson 2754	27177973098	2235636633	licmarcelaolave@gmail.com	Mar del Plata	Psicologia
17	Regueira Analia Beatriz	Jujuy 1442	27200154644	2236347160	ana68lia@yahoo.com.ar	Mar del Plata	Terapia ocupacional
18	Sol Creciendo	Misiones 2010	20053298754	2235510334	solcreciendo@yahoo.com.ar	Mar del Plata	Centro de Rehabilitacion
19	Emens Vanesa Susana	Carrasco 1122	27267482638	2235835417	vaneemens@gmail.com	Mar del Plata	Transporte
20	Gabe Tricarico Matias	Maipu 3939	20256304377		matiasgabe@hotmail.com	Mar del Plata	Transporte
21	Nuevo Arcobaleno Asoc. Civil	9 de Julio 6801	30690009621	2234376538	lilianaarcobaleno@gmail.com	Mar del Plata	Centro de dia
22	Nielsen Nadia Carolina	Av. 59 N°1673	23309230094	2262317410	nadianielsen@live.com	Necochea	Psicologia
23	Di Sabatto Favio	20 de Septiembre 2258	20172828435	2234480532	faviods@gmail.com	Mar del Plata	Psicologia
24	Brelles Mariño Laura	Gavazzi 2022	23171323444	2235811049	laurabrelles@gmail.com	Mar del Plata	Prestaciones de apoyo