



INSTRUCTIVO DIVISIÓN DISCAPACIDAD (DOS) 2024

PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA EL INICIO DEL EXPEDIENTE:

DESDE 1 DE OCTUBRE AL 30 NOVIEMBRE DEL AÑO 2023

IMPORTANTE:

EL CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD, ES UN DOCUMENTO PÚBLICO QUE SE EFECTÚA EN LA JURISDICCIÓN (MUNICIPIOS O COMUNAS) CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO QUE FIGURA EN EL DNI DEL AFILIADO CON DISCAPACIDAD (independientemente de su lugar de residencia) <https://www.argentina.gob.ar/andis>

INTRODUCCIÓN

La presente guía está dirigida a aquellos afiliados que presenten un CUD (Certificado Único de Discapacidad) y a sus familias. La misma tiene como finalidad mencionar los pasos necesarios para realizar la inclusión al Régimen de Discapacidad y/o la presentación del Plan de Tratamiento. Se sugiere presentar toda la documentación correspondiente en un único expediente.

INICIO DE EXPEDIENTE

INCLUSIÓN AL RÉGIMEN DE DISCAPACIDAD

Una vez que el afiliado cuente con CUD puede solicitar la inclusión al régimen de discapacidad para lo cual deberá presentar:

- Fotocopia de DNI del Titular
- Fotocopia de familiar a cargo (siempre en caso de menores)
- Fotocopia de Carnet de afiliación de Titular y familiar a cargo.
- Fotocopia de Certificado Único de Discapacidad (C.U.D.) VIGENTE

Para afiliados de CABA y Gran Buenos Aires en esta D.O.S. (oficina de DESPACHO; lunes a viernes de 9:00 a 19:00hs.) y en las Subsedes de Ezeiza y Marcos Paz.

Para afiliados del Interior del País, en la Delegación correspondiente mediante expediente GDE, en los horarios pautados por las respectivas sedes.



CARÁTULAS DE LOS EXPEDIENTES

MOTIVOS DE CARATULACIÓN:

- SOLICITUD DE INCLUSIÓN AL RÉGIMEN DE DISCAPACIDAD
- SOLICITUD DE PLAN DE TRATAMIENTO ANUAL: incluye prestaciones básicas estipuladas en la ley N° 24.901 y Cuidador Domiciliario y Acompañante Terapéutico (no nombradas y reguladas por Acta Cados vigente).
- MODIFICACIÓN DE PLAN DE TRATAMIENTO (cambio de orientación prestacional)
- AMPLIACIÓN DE PLAN DE TRATAMIENTO (agrega una prestación)
- CAMBIO DE PRESTADOR (presenta documentación de un prestador diferente al vigente.)

No son consideradas por esta División la solicitud o tramitación de insumos, medicación, prótesis, geriatría, consulta y/o de tratamiento Psiquiátrico, Neurológico, y estudios diagnósticos (Polisomnografía, Informes neurocognitivos, y otros), aunque se tratara de un afiliado con Certificado Único de Discapacidad.

Las mismas deberán requerirse por otra vía administrativa (dependiendo de cada caso, en División Sanitaria, o División Acción Social).

Para aquellos afiliados residentes en zona metropolitana, las evaluaciones diagnósticas de Trastorno del Espectro Autista (TEA): ADOS, Y ADIR, se puede requerir mediante la División Sanitaria, área de Turnos de la D.O.S PATERNAL.

ESTRUCTURA DE LOS EXPEDIENTES

PARA SOLICITUD DE PLAN DE TRATAMIENTO:

PLANILLAS QUE DEBE COMPLETAR EL MÉDICO TRATANTE:

[ANEXO N°1:](#)

-Datos personales: Nombre, Apellido, fecha de nacimiento, edad y número de credencial del afiliado.

-Diagnóstico (debe coincidir con el que figura en el Certificado Único de Discapacidad).

-Plan Terapéutico detallando: tipo de prestación, periodo durante el cual se desarrollará la misma (Ejemplo: Febrero a diciembre 2024), cantidad de sesiones semanales, carga horaria y ámbito a desarrollar (Acompañante Terapéutica y Cuidador Domiciliario), tipo de jornada de escolarización (simple o Doble).



Importante tener en cuenta:

El Anexo n°1 deberá ser completado por médico cuya especialidad corresponda a la edad y diagnóstico del beneficiario:

- 0 a 17: Neurólogo infante juvenil, Psiquiatra infante juvenil, Pediatra.
- 18 en adelante: Neurólogo, Psiquiatra, Médico especialista en la afección que manifiesta el CUD.

Debido a la superposición prestacional, no pueden solicitarse de manera simultánea las siguientes orientaciones educativas:

- Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (MAIE) y Módulo Maestra de Apoyo.
- Escuela Especial y Módulo de Apoyo a la Integración Escolar.

A modo de indicación del Plan de Tratamiento, no se aceptarán órdenes médicas en formato recetario, solo se realizarán tramitaciones a partir de los Anexos vigentes incluidos en este instructivo.

[ANEXO 1 PLANILLA DE PRESTACIONES](#)

[ANEXO N°2:](#)

- Resumen de Historia Clínica, legible sin tachaduras ni enmiendas, con firma del Médico tratante a cargo del abordaje integral del beneficiario.
- Fecha, firma, sello y especialidad del profesional.

[ANEXO 2 RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA](#)

[ANEXO N°3:](#)

PLANILLA QUE DEBE COMPLETAR Y FIRMAR EL AFILIADO TITULAR Y /O EL FAMILIAR O REFERENTE.

- Completar cronograma de atención, cantidad de sesiones, días y horarios de la jornada.
De este modo la Junta podrá tener información clara acerca del esquema prestacional y contemplar los tiempos de actividad, esparcimiento, recreación y descanso del afiliado.

[ANEXO 3 CRONOGRAMA DE HORARIOS](#)



ANEXO N° 4 :

-Deberá ser completada por el médico tratante, para aquellas prestaciones que requieran Dependencia y en los casos en que solicite Cuidador Domiciliario.

ANEXO 4 ESCALA FIM (INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR EL PRESTADOR (Centro o Profesional)
--

A-PRESUPUESTO:

- Donde conste Nombre y Apellido, número de credencial del afiliado.
- Periodo y frecuencia prestacional, los mismos deberán coincidir con lo solicitado por el médico tratante en Anexo n°1.
- Valor acorde a Resolución Ministerial o Acta Cados vigente según corresponda.

B-PLAN DE TRABAJO:

- Deberá ser personalizado: con nombre, apellido y credencial del afiliado; que contenga los objetivos específicos de abordaje y las estrategias a utilizar contemplando los diferentes ámbitos de intervención y metas a alcanzar.
- Debe estar fechado, firmado y sellado por el profesional tratante o responsable del centro que preste la orientación.

C-INFORMES EVOLUTIVOS:

Deberán ser presentados sólo en caso de tratarse de una continuidad prestacional del Plan de Tratamiento.

D-DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA A PRESENTAR SEGÚN LA PRESTACIÓN SOLICITADA (ya sean prestaciones terapéuticas o de rehabilitación, educativas y/o asistenciales)

TIPO DE ESCOLARIZACIÓN:

ESCOLARIDAD ESPECIAL (Pre-primaria, Primaria, Formación laboral)

- Constancia de alumno regular del afiliado con especificación de la modalidad de la jornada escolar y el horario que esta comprende (jornada simple o doble).
- Inscripción y Categorización del servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.



- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso
- Seguro de la institución.
- Presupuesto acorde a Resolución Ministerial vigente
- Plan de trabajo.

CET (CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO)/CENTRO DE DÍA:

- Constancia de alumno regular con especificación de la modalidad de la jornada escolar y el horario que esta comprende.
- Inscripción y Categorización del servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- Certificado o Resolución municipal de habilitación
- Seguro de la institución.
- Presupuesto acorde a Resolución Ministerial vigente
- Plan de trabajo.

TIPOS DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA:

MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (Maestra Integradora y Equipo Interdisciplinario- 20 HORAS SEMANALES).

- Constancia de alumno regular con especificación de la modalidad de la jornada escolar y el horario que esta comprende.
- Inscripción y Categorización del servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- Certificado o Resolución municipal de habilitación
- Presupuesto acorde a Resolución Ministerial vigente
- Plan de trabajo.

MAESTRO DE APOYO

- *IMPORTANTE: PUEDE SER INDICADO HASTA 6 HORAS SEMANALES*
- Constancia de alumno regular con especificación de la modalidad de la jornada escolar y el horario que realiza.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular.
- Copia de DNI
- Título habilitante en Psicopedagogía o Profesor o Docente con Especialización en Educación Especial
- Certificado analítico de las materias
- Presupuesto acorde a Resolución Ministerial vigente
- Plan de trabajo.



MÓDULO MAESTRO DE APOYO

IMPORTANTE: CARGA HORARIA 4 HORAS DIARIAS (de lunes a Viernes).

- Inscripción y Categorización del servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- Certificado o Resolución municipal de habilitación.
- Constancia de alumno regular con especificación de la modalidad de la jornada escolar y el horario que realiza.
- Proyecto Pedagógico individual.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular
- Copia de DNI
- Título habilitante o certificado analítico donde conste la certificación del título obtenido en Psicopedagogía o Profesor en Educación Especial.
- Presupuesto acorde a Resolución Ministerial vigente

PRESTACIONES TERAPÉUTICAS, DE REHABILITACIÓN Y/O ASISTENCIALES

PRESTACIONES DE APOYO (Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, Estimulación Temprana, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicomotricidad).

- Copia del DNI del profesional.
- Copia del título habilitante .
- Constancia de inscripción al Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Matrícula correspondiente al ejercicio profesional.
- Presupuesto acorde a Resolución Ministerial vigente.
- Plan de trabajo.

Importante: El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de HASTA SEIS (6) HORAS SEMANALES, cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a algunas de las otras prestaciones previstas (Resolución 1511/2012)

ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Dicha prestación comprende hasta 3 sesiones semanales en población de 0 a 4 años (edad cronológica), eventualmente hasta los 6 años (Resolución 1511/2012)

COMO PRESTACIÓN DE APOYO BRINDADA POR UN SOLO PROFESIONAL



- Copia del DNI
- Copia del título habilitante y de especialización en Estimulación Temprana.
- Constancia de inscripción al Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Matrícula correspondiente al ejercicio profesional.
- Presupuesto acorde a Resolución Ministerial vigente
- Plan de trabajo.

COMO MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Certificado o Resolución Municipal de habilitación al uso
- Seguro de la Institución
- Presupuesto acorde a Resolución Ministerial vigente
- Plan de trabajo.

MÓDULOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (SIMPLE o INTENSIVO)

- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Certificado o Resolución Municipal de habilitación al uso.
- Seguro de la institución.
- Presupuesto acorde a Resolución Ministerial vigente
- Plan de trabajo.

a) Módulo Integral Simple: cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) 4 sesiones por semana como máximo.

b) Módulo Integral Intensivo: comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes) 5 sesiones como mínimo, pudiendo llegar a 8 sesiones por semana como máximo si el paciente lo requiere.

Ambos módulos deben comprender más de una especialidad. (Según Resol. 428/99 y Resol.1511/12)

RESIDENCIA, PEQUEÑOS HOGARES Y HOGARES

Comprende las siguientes prestaciones:

- Hogar permanente (con formación laboral, pre-primaria o primaria)



- Hogar (de lunes a viernes, Centro de Día lunes a viernes, con Centro Educativo Terapéutico Lunes a viernes, con Formación laboral, pre-primaria, primaria)
- Pequeño Hogar (de lunes a viernes o permanente)
- Residencia (de lunes a viernes o permanente)

Deben presentar:

- Inscripción y Categorización del servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso
- Seguro de la institución.
- Presupuesto.
- Plan de trabajo.

PRESTACIÓN TRANSPORTE CON O SIN DEPENDENCIA:

Deberá presentar:

- Gráfico del recorrido de IDA Y VUELTA, detallando los puntos geográficos de traslado (escuela y sede de tratamientos) y su correlación en Km, correspondiente a Google maps o similar adjunto. (NO SE CUBRE LA ESPERA).
- Tope de kilómetros hasta 1.500km. De requerirse un kilometraje superior, la Delegación de origen requerirá un Informe Social que justifique dicha solicitud.
- Nombre completo, DNI y Cuit del transportista o empresa.
- Habilitación municipal y/o provincial vigente para el periodo.
- Seguro del automotor y licencia de conducir profesional, ambos vigentes.
- VTV
- Presupuesto con valores acorde a RESOLUCIÓN MINISTERIAL VIGENTE.
- De solicitarse TRANSPORTE se deberá señalar los puntos de partida y destino (ida y vuelta), y las circunstancias fundadas que imposibilitan al beneficiario hacer uso del transporte público.
Se destaca que la cobertura de transporte es para recorridos desde domicilio a prestaciones nombradas por la Ley de Discapacidad 24.901.
- De solicitarse DEPENDENCIA, la misma deberá ser indicada expresamente y acreditada por la Escala de Independencia Funcional (FIM) Anexo n°4.
- Con justificación de la solicitud familiar, especificando el motivo de salud por el cual se encuentra imposibilitado de usufructuar del transporte público de pasajeros (ley 24.314 art 22 inc. a).

[ANEXO 4.doc ESCALA FIM](#)



PRESTACIONES NO NOMENCLADAS POR RESOLUCIÓN MINISTERIAL/APROBADAS POR
ACTAS CADOS

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO (HASTA 12 HS. DIARIAS)

Deberá presentar:

- Fotocopia de DNI
- Datos del profesional y/o Institución:
Título de Habilitación o capacitación específica otorgada por instituciones habilitadas o avaladas por el Ministerio de Salud o Ministerio de Educación, con una carga horaria mínima de 120 horas.
- Presupuesto con valor autorizado por la D.O.S. por ser una prestación que no está nombrada dentro de la Resolución ministerial vigente de Prestaciones Básicas de Discapacidad.
- En el Anexo Nro. 1 como en el Plan de Trabajo, debe consignarse el ámbito en el cual se realiza la prestación (Escolar y/o de la vida diaria).
- Plan de trabajo con objetivos y acciones a desarrollar dentro del aula y/o domicilio, en función de las estrategias terapéuticas, de cuidado y contención que fije el equipo interviniente.

IMPORTANTE: En los casos en el que el afiliado tenga indicación médica de Acompañante Terapéutico de 12 hs diarias de lunes a domingo, se requerirá que dicha prestación sea brindada por más de un acompañante terapéutico.

[PLAN INCREMENTO ANUAL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO](#)

CUIDADOR DOMICILIARIO

Deberá presentar:

- Fotocopia de DNI
- Datos del cuidador y/o Institución habilitada
- Plan de trabajo firmado por el prestador.
- Presupuesto firmado y con valor acorde al establecido por ACTA CADOS

IMPORTANTE: En los casos en el que el afiliado tenga indicación médica de Cuidador Domiciliario de 24 hs diarias de lunes a viernes o de lunes a domingo, se requerirá que dicha prestación sea brindada por más de un cuidador.

EL VALOR MÁXIMO A CUBRIR ES EL EQUIVALENTE AL VALOR DE HOGAR PERMANENTE CATEGORÍA C, ACORDE A RESOLUCIÓN MINISTERIAL VIGENTE.



[ANEXO 4 - ESCALA FIM](#)
[PLAN INCREMENTO ANUAL CUIDADOR DOMICILIARIO](#)

CONSIDERACIONES GENERALES:

La solicitud de Inclusión al Régimen y del Plan de tratamiento se presentan mediante la realización de UN EXPEDIENTE. En base al mismo, la Junta Interdisciplinaria de Dictámenes en Discapacidad confeccionará el Dictamen correspondiente, que en el caso de los Planes de Tratamiento serán elevados a consideración del Consejo Asesor de la Dirección de Obra Social (CADOS), de forma semanal.

El inicio del expediente no implica la aprobación automática del abordaje solicitado. La presentación parcial o incompleta de la documentación suspende el proceso de evaluación hasta la subsanación del mismo.

La Junta Interdisciplinaria requerirá documentación/información ampliatoria por las prestaciones solicitadas, mediante informe al afiliado, a la delegación o a la subsele de origen.

En relación al ANEXO Nro.1, cuando faltara documentación de algunas de las prestaciones indicadas por el médico, se deberá adjuntar **Nota manuscrita del afiliado titular o de su familiar** donde exprese el motivo por el cual no presenta dicha documentación. En caso de solicitarla a posteriori, deberá ser tramitada de manera independiente (Cuerda Separada del Expediente) por el que tramita el Plan de tratamiento inicial.

En caso de requerir prestaciones **modificando** o **ampliando** el Plan original, deberá tramitarse un nuevo Expediente incluyendo Anexos actualizados a la fecha de la nueva presentación, el Certificado Único de Discapacidad (CUD), documentación correspondiente y la notificación de ACTA CADOS por la que ya se aprobó el Plan original.

Asimismo, se informa que los valores de las prestaciones que se brindan en la REGIÓN PATAGÓNICA (PROVINCIAS DE LA PAMPA, NEUQUÉN, RÍO NEGRO, CHUBUT, SANTA CRUZ y TIERRA DEL FUEGO), gozan de un incremento del 20% por ubicarse en zona desfavorable o fría.

Los Anexos tendrán una validez de 30 días para su presentación a partir de la fecha de emisión.

Las prestaciones tendrán vigencia durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año, caducando indefectiblemente cumplido el citado plazo.



Medidas Cautelares:

En los casos que el afiliado posea una medida judicial, deberá presentar la documentación respaldatoria (Copia del Oficio que contemple la Resolución de la autoridad judicial)

NO SE OTORGAN COBERTURAS CUANDO:

- a) El Certificado Único de Discapacidad hubiese sido emitido con posterioridad al comienzo de la prestación requerida o se encontrase vencido y sin prórroga vigente.
- b) Los Anexos, Planes de Trabajo, Informes Evolutivos y presupuestos no se encuentren fechados.
- c) El prestador propuesto sea un FAMILIAR del afiliado.
- d) Se negase el suministro de información/documentación adicional solicitada, o no se prestara la colaboración suficiente para la concreción de una entrevista telefónica o auditoría en terreno.
- e) No se presente un presupuesto acorde a Resolución Ministerial (Prestaciones nombradas), o Acta CADOS vigente (Acompañante Terapéutico/Cuidador Domiciliario).

REINTEGROS DE PRESTACIONES EN DISCAPACIDAD

La solicitud de reintegros para los afiliados y /o Centros o prestadores independientes residentes en Caba y provincia de Buenos Aires , se tramitará la documentación, de la siguiente modalidad:

- Enviada por EMAIL EXCLUSIVAMENTE y sin excepción al correo discapacidadrepcion@gmail.com (este mail recibe únicamente la documentación, ante eventuales consultas, sugerencias dirigirse al mail: discapacidados@spf.gob.ar).

Asimismo para las Delegaciones del interior del País, Subsedes de Ezeiza y Marcos Paz:

- El afiliado deberá presentar en las delegaciones, la documentación en papel , la cual desde allí, **será enviada por sistema GEDE EXCLUSIVAMENTE Y SIN EXCEPCIÓN** al buzón **DOBSO#SPF DIVDISCREINTEGRO**.



En los casos que el afiliado posea un AMPARO JUDICIAL, deberá MENCIONAR EN EL MOTIVO DE CARATULACIÓN DICHA MEDIDA CAUTELAR.

Documentación a presentar por el afiliado para el posterior reintegro de las prestaciones (en formato PDF UNIFICADO):

1) FACTURA ORIGINAL ELECTRÓNICA que contenga CAE (fecha vigente).

La misma debe estar confeccionada con los siguientes datos :

A- Emitida nombre de la Dirección de Obra Social

Con condición de IVA exento - CUIT: 30-67737899-5, en la misma se debe especificar:

-Prestación brindada.

-Periodo de prestación.

-Nombre, credencial, documento de quien recibe la prestación.

B- Emitida a nombre del afiliado:

-Apellido y nombre del titular

- Domicilio Particular

-CUIL

- Condición Frente al IVA “ Consumidor Final”

-Condición de Venta Contado-Otra.

2) PLANILLA DE ASISTENCIA (con días y horarios firmados por los padres o tutores, y/o profesionales) o CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR.

3) CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN AFIP (Para todas los prestadores sin excepción)

4) CONSTANCIA DE CBU (de la persona a la que se le abonará la prestación).

5) ACTA PODER (En caso de que el prestador u otra persona solicite el reintegro).

CONSIDERACIONES GENERALES DE REINTEGROS:

El área de reintegros desarrolla como actividad la Recepción y control exhaustivo de la documentación requerida:

- Corroborar que el afiliado esté incluido en el Régimen de Discapacidad y el plan de tratamiento anual aprobado con las prestaciones solicitadas. Solamente se realizará la ordenativa de pago, de las prestaciones aprobadas mediante Acta CADOS.
- Carga de datos en el registro de Excel interno de la división para el seguimiento y control de cada expediente.
- Confección de la ordenativa de pago mediante planilla excel anexa que deberá ser



firmada por la superioridad, para el posterior pase del expediente a Mesa de Entradas para su registro interno (D.O.S) y finalizar con el envío del mismo, a la División Finanzas (Sección Contaduría - Tesorería) a los fines que le competen a esa dependencia.

La documentación recibida vía email es descargada unificada y transformada en formato PDF para luego iniciar el expediente electrónico mediante sistema GDE. Se realiza la carátula e inicio del expediente y se adjunta mediante IFGRA (informe gráfico) la documentación previamente auditada, para luego realizar la tramitación anteriormente mencionada.

IMPORTANTE:

La sección reintegros recepciona aproximadamente 7.000 expedientes mensuales, por lo tanto, la entrega de la correcta y completa documentación presentada agiliza el proceso de tramitación. De encontrarse algún faltante o error en la documentación, el área se comunicará con el afiliado, profesional o centro que envíe la documentación por vía mail, o en el caso de las delegaciones por vía GDE, en el momento que se trabaje el reintegro del mismo.

El mail de reintegros, es un buzón que recepciona ÚNICAMENTE la documentación de los reintegros de los Planes de tratamiento aprobados mediante Acta CADOS. Toda solicitud, reclamos y sugerencias será evacuado por el mail del área de Despacho ([Mail: discapacidados@spf.gob.ar](mailto:discapacidados@spf.gob.ar)).

PRESTACIONES NO NOMENCLADAS:

[PLAN INCREMENTO ANUAL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO](#)
[PLAN INCREMENTO ANUAL CUIDADOR DOMICILIARIO](#)

IMPORTANTE: Los valores de las prestaciones no nomencladas (Acompañante Terapéutico, y Cuidador Domiciliario), que a continuación se detallan, serán actualizados en el mes de noviembre 2024, conforme a futuro índice inflacionario anual.

PLAN INCREMENTO ANUAL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO		
Noviembre 2023 – Febrero 2024	Marzo-Junio 2024	Julio- Octubre 2024
\$1734,66	\$2312,87	\$3083,82



PLAN INCREMENTO ANUAL
CUIDADOR DOMICILIARIO

El valor establecido por el Nomenclador Nacional de Discapacidad para la figura de Hogar Permanente categoría "C" con un monto establecido por resolución Ministerial 5/2023, de \$259.706, 28, para aquellos afiliados, que poseen indicación de 24 hs diarias de Lunes a Domingo de Cuidador Domiciliario-

Noviembre 2023 – Febrero 2024	Marzo-Junio 2024	Julio- Octubre 2024
\$1003,99	\$1338,65	\$1784,86

[ANEXO 1 PLANILLA DE PRESTACIONES](#)

[ANEXO 2 RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA](#)

[ANEXO 3 CRONOGRAMA DE HORARIOS](#)

[ANEXO 4 INDEPENDENCIA FUNCIONAL](#)

[ACTA PODER PRESENTAR CON CADA FACTURACIÓN](#)

[Planilla de Asistencia PRESENTAR CON CADA FACTURACIÓN](#)

-Conmutador: 4583-3619/4584-9300 Interno N° 235

-Horarios Sede Central Paternal: Lunes a Viernes de 9 a 19 Hrs.

SE DA LECTURA AL PRESENTE INSTRUCTIVO EN DISCAPACIDAD, PRESTANDO CONFORMIDAD DEL MISMO:

AFILIADO:

CREDENCIAL:

FIRMA: