

**Administración de Programas Especiales****SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD****Resolución 400/99****Programa de cobertura del sistema. Normas para los agentes del Seguro de Salud que requieran apoyo financiero. Niveles de atención. Modalidades de atención ambulatoria, internación y prestaciones anexas.**

Bs. As., 16/2/99

**Ver Antecedentes Normativos**

VISTO las leyes 22.431 y 24.901 y los Decretos Nros. 762/97 y 1193/98

CONSIDERANDO:

Que las normas mencionadas en el visto obligan a las Obras Sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud creado por las leyes 23.660 y 23.661, a dar cobertura integral a las personas con discapacidad, beneficiarios del mencionado sistema.

Que es misión de la Administración de Programas Especiales en su Programa de Asistencia, garantizar a los beneficiarios del Régimen de las leyes 23.660 y 23.661 dentro de un marco de equidad y solidaridad, el acceso a las Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Que a los efectos de brindar el apoyo financiero adecuado se hace necesario crear un Programa de cobertura especial, donde se establezcan las condiciones particulares de los módulos prestacionales y su alcance.

Que los apoyos financieros que se otorgan a los Agentes del Seguro de Salud para brindar prestaciones a los beneficiarios del régimen de las leyes 23.660 y 23.661 provienen prioritariamente del Fondo Solidario de Redistribución sujeto a las disponibilidades presupuestarias, por lo que corresponde predeterminar las condiciones generales de su otorgamiento a fin de procurar una eficiente, adecuada, equitativa y oportuna aplicación de tales recursos.

Por ello, y en uso de las facultades conferidas por Decreto N° 62/98 y 53/98 —PEN—.

EL GERENTE GENERAL DE LA ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES

RESUELVE:

**Artículo 1°** — Establecer a partir de la publicación de la presente en el Boletín Oficial, el PROGRAMA DE COBERTURA DEL SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, para los beneficiarios de las leyes 23.660 y 23.661, a través del cual la Administración de Programas Especiales financiará el pago de todas las prestaciones detalladas en el Anexo III que, forma parte de esta Resolución.

**Art. 2°** — Los Agentes del Seguro que requieran apoyo económico de la Administración de Programas Especiales, deberán ajustar su solicitud a lo establecido en la presente Resolución con arreglo al "Sistema de Información de la Administración de Programas Especiales" (SI-APE) y su otorgamiento se efectuará con arreglo a las disponibilidades presupuestarias, económicas y financieras.

**Art. 3°** — Los Agentes del Seguro de Salud solicitarán el apoyo financiero según las normas y requisitos que se aprueban como Anexo I y se obligan a cumplir las condiciones que se fijan como Anexo II.

**Art. 4°** — Apruébase los Anexos I a III incorporados a la Resolución como parte integrante de la misma.

**Art. 5°** — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese. — Carlos F. Lapadula.

*(Nota Infoleg: Ver [Resolución N° 9486/2003](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 7/1/2003, las normas que allí se aprueban pasarán a formar parte de la presente Resolución).*

ANEXO I

*(Anexo sustituido por art. 1° de la [Resolución N° 5700/2004](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 15/6/2004. Vigencia: a partir del 1° de julio de 2004, texto según art. 1° de la [Resolución N° 25.300/2010](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 18/10/2010. Vigencia: a partir de su publicación).*

**NORMAS**

I. Las solicitudes deberán ser presentadas por año calendario de tratamiento.

II. Sólo se aceptarán solicitudes de apoyos financieros presentados individualmente por cada beneficiario. Las presentaciones que contengan más de un beneficiario no podrán ser ingresadas.

III. La solicitud de apoyo financiero deberá ser presentada por los Agentes de Salud por escrito mediante nota dirigida a la máxima autoridad del Organismo, suscripta por el representante legal de la entidad solicitante, certificada su firma por institución bancaria o notarial, excepto que la misma se halle registrada en el Registro de Autoridades y Representantes Legales creado por la Resolución N° 9486/03 –APE.

IV. La solicitud deberá iniciarse con las siguientes declaraciones expresas de aceptación, formuladas por la Obra Social:

1. — La Obra Social (nombre de la Obra Social) reconoce que el apoyo financiero petitionado, no es obligatorio para la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia en tanto la Obra Social haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno a favor de la Obra Social (nombre de la Obra Social).

2. — La Obra Social (nombre de la Obra Social) reconoce que es la única obligada frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindando a la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, de toda responsabilidad, incluso si se le asignara prestador y/o proveedor, dicha asignación se tendrá por realizada por cuenta y orden expresa de la Obra Social (nombre de la Obra Social).

3. — La Obra Social (nombre de la Obra Social) asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del sistema, sin perjuicio de las que se fijaren a cargo de otras personas y/o prestadores y/o proveedores.

4. — La Obra Social acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva de la Obra Social, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones ser canalizadas a través de la Obra Social, no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES y/o sus diversas áreas, sin ninguna excepción.

V. A continuación la Obra Social aportará la siguiente información:

1. — Nombre y apellido del paciente, edad, domicilio, tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento, nacionalidad y estado civil.

2. — Número y tipo de beneficiario.

3.- Se adjuntará a la solicitud el certificado de discapacidad emitido de acuerdo a lo estipulado en Ley 24.901.

4. — Nombre completo, siglas de la Obra Social y número de inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.

5. — Diagnóstico, tratamiento y evaluación de la auditoría médica de la Obra Social avalando la necesidad del mismo fundada en los hechos concretos.

6. — Certificado de afiliación por parte de la Obra Social con fecha de ingreso a la misma.

7. — Grado de consanguinidad y parentesco con el titular.

8. — Si es extranjero, fecha de entrada al país y el respectivo documento otorgado por la autoridad argentina.

VI. La solicitud deberá adecuarse a la siguiente metodología:

1) En la primera presentación que efectúe para el beneficiario y por única vez por el período, el Agente de Salud deberá indicar el término completo para el cual se solicita el apoyo financiero.

2) En la misma solicitud se acompañará la documentación exigida por la Resolución N° 7800/03 – APE para tramitar el apoyo financiero con carácter de reintegro por los primeros tres (3) meses de tratamiento como mínimo, adjuntando, asimismo la Declaración Jurada exigida por el Anexo IV de la Resolución antes mencionada.

3) Una vez acordada la prestación por la Gerencia de Prestaciones y aprobado el reintegro por el Area de Rendición de Cuentas, se dictará el acto resolutorio respectivo y el trámite ingresará a la Gerencia de Control de Gestión para la ejecución del apoyo financiero.

4) Para tramitar el otorgamiento del reintegro para cubrir los tramos posteriores del tratamiento para el mismo beneficiario, el Agente de Salud deberá presentar una Nota, que ingresará al Expediente principal iniciado, en la que presentará la documentación exigida por la Resolución N° 7800/03 – APE para que el apoyo financiero sea considerado con carácter de reintegro y el Anexo IV de la misma Resolución para ese período.

5) Los tramos posteriores del tratamiento deberán ser fragmentados en períodos de tres meses como mínimo, salvo el caso en que el tratamiento se hubiere suspendido o cuando la modalidad no permita dividir por períodos trimestrales.

6) Fijase en CIENTO VEINTE (120) días corridos el plazo máximo dentro del cual los Agentes del Seguro de Salud podrán requerir el apoyo financiero en carácter de reintegro por las prestaciones brindadas, debiendo tomarse como fecha de inicio del plazo el último día del trimestre o período por el cual se presenta la solicitud de reintegro.

VII. Se adjuntará asimismo la conformidad por escrito del beneficiario titular.

VIII. Los valores de los módulos establecidos por Resolución 6080/03-APE-, son topes máximos de precio a reintegrar.

IX. La presentación del subsidio y documentación (SI-APE) se presentará en Mesa de Entradas, la que procederá a verificar la documentación presentada por los puntos mencionados pero no podrá evaluar el contenido de dicha documentación, otorgándole un número de expediente.

X. La notificación del otorgamiento se efectuará por nota certificada a la Obra Social.

XI. La liquidación y pago del reintegro se practica por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente.

ANEXO II

(Anexo sustituido por art. 2º de la [Resolución N° 6080/2003](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 22/09/2003)

#### NORMAS

Los Agentes del Seguro de Salud, cuando requieran apoyo financiero en los términos de esta Resolución deberán cumplimentar las normas generales detalladas a continuación:

INCISO 1º.—

Certificado de discapacidad emitido de acuerdo a lo estipulado en Ley 24.901.

INCISO 2º.—

El Agente del Seguro de Salud deberá presentar en el expediente por el cual tramita el subsidio, copia de la historia clínica del paciente

confeccionada por el médico tratante, con indicación expresa del tratamiento a realizar, debiendo estar auditada por el médico auditor del Agente de Salud solicitante, quien autorizará la realización del mismo. El inicio del tratamiento deberá efectuarse a posteriori de la prescripción médica y una vez que el médico auditor autorice la misma.

INCISO 3º.—

Los módulos de atención de este Nomenclador comprenden todas las prestaciones incluidas en los servicios que hayan sido específicamente registrados para tal fin, y los beneficiarios deberán certificar su discapacidad previamente a recibir atención. No se otorgarán subsidios en caso que el certificado de discapacidad haya sido expedido con posterioridad al comienzo de la prestación.

INCISO 4º.—

Los períodos de edad de los beneficiarios comprendidos en este Nomenclador deben ser considerados en forma orientativa, y a los efectos de proceder a una mejor atención y derivación de los mismos. El tipo de prestaciones desarrolladas están dirigidas preferentemente a personas menores de 60 años.

INCISO 5º.—

Las prestaciones previstas en este Nomenclador serán aplicadas a aquellos beneficiarios que acrediten su discapacidad de acuerdo a los términos de la Ley 22.431 y que hayan realizado su rehabilitación médico-funcional, para lo cual su cobertura está contemplada en el Programa Médico Obligatorio. El Agente del Seguro de Salud solicitante deberá presentar un informe de auditoría médica con el detalle de las prestaciones ya brindadas a los beneficiarios o fundamentar la ausencia de las mismas ante la necesidad de su derivación a las prestaciones contempladas en este Nomenclador.

INCISO 6º.—

Las enfermedades agudas emergentes, así como la reagudización, complicaciones o recidivas de la patología de base serán cubiertas según lo establecido en el Programa Médico Obligatorio a través de la Entidad de Salud solicitante. El Agente de Salud deberá presentar un informe circunstanciado de la evolución y estado actual del beneficiario.

INCISO 7º.—

El prestador deberá incluir en cada prestación los recursos físicos, humanos y materiales que correspondan al tipo y categoría de los servicios para el que ha sido registrado.

En todos los casos se deberá adjuntar la acreditación y/o inscripción del prestador conforme lo dispuesto por la normativa vigente, es decir, aquellos prestadores cuyos servicios posean dirección médica y cuya regulación sea competencia del Ministerio de Salud correspondiente a su jurisdicción, deberán poseer inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.

El resto de las prestaciones contempladas en la Resolución Nro. 400/99-APE (con excepción de transporte) se deberá poseer categorización o acreditación del Servicio Nacional de Rehabilitación o la respectiva Junta Descentralizada Provincial. *(Inciso sustituido por art. 1º de la [Resolución Nº 5876/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 19/04/2011)*

INCISO 8º.—

Las prestaciones de carácter educativo contempladas en este Nomenclador serán provistas a aquellos beneficiarios que no cuenten con oferta educacional pública estatal adecuada a las características de su discapacidad. Se cubrirán hasta once (11) meses, quedando incluido en esta cobertura el concepto de matrícula.

En razón de la población atendida y el carácter asistemático del servicio, las prestaciones brindadas en la modalidad de Centro Educativo Terapéutico contempladas en este Nomenclador, se cubrirán los doce (12) meses del año.

INCISO 9º.—

La provisión de órtesis y prótesis de uso externo están excluidas de los módulos, y su cobertura se hará de acuerdo a lo establecido en la Resolución Nº 001/98 de la Administración de Programas Especiales y sus modificatorias y el Programa Médico Obligatorio.

INCISO 10º.—

Los tratamientos de estimulación temprana serán cubiertos durante el primer año de vida del menor, por el Programa Materno Infantil del Agente de Salud, conforme los términos establecidos en el Programa Médico Obligatorio contenido en la Resolución Nº 201/02-MS o la que en el futuro la reemplace.

INCISO 11º.—

La provisión de medicamentos, prótesis y órtesis están excluidas de los módulos, salvo en los casos que expresamente se los incluya.

INCISO 12º.—

Los módulos no incluyen estudios de diagnóstico y prácticas de laboratorio, los que deberán cubrirse a través del Programa Médico Obligatorio vigente al momento de la prestación.

INCISO 13º.—

Los aranceles establecidos para cada módulo incluyen el cien por ciento (100%) de la cobertura prevista para cada uno, por lo que el prestador no podrá cobrar adicionales directamente al beneficiario.

INCISO 14º.—

Las prestaciones realizadas en horarios nocturnos y/o feriados no modifican los aranceles.

INCISO 15º.—

Los aranceles incluyen el traslado de los beneficiarios fuera del establecimiento cuando deban recibir prestaciones o desarrollar actividades previstas en el módulo correspondiente.

INCISO 16º.—

Los aranceles incluidos en este Nomenclador comprenden idénticos valores para la atención de niños, jóvenes y adultos.

INCISO 17º.—

Los montos de las prestaciones ambulatorias de jornada doble, incluyen el almuerzo y una colación diaria. Cuando éstas no se brinden deben descontarse del monto mensual.

Los presupuestos que se adjunten deberán especificar taxativamente si incluyen o no el almuerzo y la colación diaria. No se dará trámite a aquellas solicitudes que no contengan el requisito antes establecido.

ALMUERZO MENSUAL	\$ 189,84
ALMUERZO DIARIO	\$ 22,69

(Valor "Almuerzo mensual" readecuado por art. 1º de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1º de septiembre de 2009)

(Valor "Almuerzo diario" readecuado por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

INCISO 18º.—

A los aranceles de las prestaciones de Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día y Hogar con Centro Educativo Terapéutico, se les reconocerá un adicional del treinta y cinco por ciento (35%) sobre los valores establecidos en este Nomenclador, por cada persona discapacitada dependiente atendida.

Se considera persona discapacitada dependiente a la que debido a su tipo y grado de discapacidad, requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana: higiene, vestido, alimentación, deambulación según se determine por certificación de la Junta Evaluadora.

INCISO 19º.—

Las prácticas en el exterior no se subsidiarán, excepto que se encuentren comprendidas en el siguiente supuesto:

— Cuando el costo de la prestación en el exterior sea inferior al vigente en el país para la misma práctica. Si no fuese así se reconocerá al Agente de Salud los montos vigentes en el país.

Queda a cargo de la Gerencia de Prestaciones evaluar la idoneidad e incumbencia de la Institución elegida sobre la base de antecedentes e información disponible.

INCISO 20º.—

La auditoría en terreno de las prestaciones que se brinden conforme los términos de la presente Resolución, será efectuada por el Agente de Seguro al que pertenezca el beneficiario de acuerdo con los procedimientos que tenga implementados. Esta Administración podrá supervisar el trabajo de auditoría efectuado por el Agente de Salud por intermedio de sus profesionales o disponer que éstos también lo efectúen, quedando relevados de esta supervisión, cuando la práctica se realice en el exterior. Sin perjuicio de lo expuesto, la Gerencia de Prestaciones de esta Administración efectuará auditorías en terreno de los distintos Establecimientos con carácter periódico.

INCISO 21º.—

La rendición de cuentas se realizará utilizando el procedimiento normado en el Anexo VIII de la Resolución N° 001/98-APE.

(Nota Infoleg; Por art. 5º de la [Resolución N° 7800/2003](#) de la Administración de Programas Especiales se establece que las normas y procedimientos que por la Resolución de referencia se aprueban reemplazarán en su totalidad a las establecidas para la rendición de cuentas por la Resolución N° 001/98 - APE y la presente Resolución).

INCISO 22º.—

Para el conocimiento de la presente Resolución los prestadores públicos y/o privados, que brinden las prestaciones enunciadas en el artículo 1º en base a un pedido de apoyo financiero sujeto a la presente Resolución y/o perciban el pago por dicho concepto, tendrán por conocida y aceptada la presente Resolución y sus Anexos, debiendo prestar total colaboración, sin oposición, a la realización de las auditorías en terreno, y brindar información a los efectos de poder llevar a cabo las estadísticas de evaluación de los beneficiarios.

Para el caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones previstas en el artículo 42º y concordantes de la Ley N° 23.661 a cuyo fin la Administración de Programas Especiales extraerá testimonio de lo acontecido y lo remitirá a la Superintendencia de Servicios de Salud a sus efectos.

INCISO 23º.—

El Agente del Seguro que sea beneficiario de un apoyo financiero en las condiciones que fija la presente Resolución deberá cumplir estrictamente con las normas de otorgamiento y en caso de incumplimiento de las disposiciones dictadas, será intimado por única vez a su cumplimiento, en un plazo no mayor de 10 (diez) días.

Si el Agente del Seguro de Salud incumple la intimación se dispondrá la revocación del subsidio otorgado, el que será reintegrado a la Administración de Programas Especiales en el término de setenta y dos horas (72 hs.), con más los intereses que fija la Resolución N° 620/93 ANSAL, o la que la suplante en el futuro. En el supuesto de que no se reintegrara el importe del apoyo económico revocado, se promoverá la respectiva ejecución judicial.

Sin perjuicio de lo expuesto, el Agente del Seguro será sancionado conforme a las disposiciones del artículo 28 de la Ley 23.660 y a lo que en su derecho corresponda, remitiéndose testimonio a la Superintendencia de Servicios de Salud para la intervención de su competencia.

(Anexo sustituido por art. 3º de la [Resolución N° 6080/2003](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 22/09/2003)

#### NIVELES DE ATENCION

##### 1.— Modalidad de atención ambulatoria

###### 1.1.— Atención ambulatoria:

a) Definición: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora del organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

###### c) Prestación institucional

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Consultorios de rehabilitación de Hospitales.
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación.
- Consultorio Particular

###### d) Modalidad de cobertura:

a) Módulo de tratamiento integral intensivo: comprende semana completa (5 días) con más de una especialidad.

b) Módulo por tratamiento integral simple: incluye periodicidades menores a cinco (5) días semanales con más de una especialidad.

Cada módulo comprende los siguientes tipos de atención:

—Fisioterapia - Kinesiología.

—Terapia ocupacional.

—Psicología.

—Fonoaudiología.

—Psicopedagogía.

Y otros tipos de atención reconocidos por la autoridad competente.

La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico.

Cuando el beneficiario reciba más de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas entre los profesionales intervinientes.

###### e) Aranceles:

Módulo integral intensivo: \$ 560,16 por semana.

Módulo integral simple: \$ 335,65 por semana.

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

###### 1.2.— Módulo: Hospital de Día:

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

b) Población: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

c) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora del organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas. No comprende la atención de prestaciones de Hospitales de Día Psiquiátricos.

###### d) Prestación Institucional:

—Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.

—Hospitales con Servicio de Rehabilitación.

—Centro de Rehabilitación.

e) Modalidad de Cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

El módulo incluye honorarios profesionales (consulta e interconsultas), gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamiento necesarias para su rehabilitación.

El hospital de día de media jornada incluye colación, y almuerzo en caso de jornada doble.

f) Aranceles:

Simple:	\$ 3358,89
Doble:	\$ 4702,56

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

### 1.3.— Centro de Día:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

b) Población: Niños, jóvenes y/o adultos con discapacidades con diagnóstico funcional severos y/o profundos, y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

c) Prestación Institucional: Centros de Día.

d) Modalidad de cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

e) Aranceles:

	<u>Categoría</u> <u>A</u>	<u>Categoría</u> <u>B</u>	<u>Categoría</u> <u>C</u>
Jornada Simple	3634,35	3058,21	2330,21
Jornada Doble	5461,67	4587,16	3492,93

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

### 1.4.— Módulo Centro Educativo-Terapéutico:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Asimismo comprende el apoyo específico de aquellos discapacitados cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera.

b) Población: Discapacitados mentales (psicóticos, autistas) lesionados neurológicos, parálisis cerebrales, multidiscapacitados, etc., a partir de los 4 años de edad.

c) Prestación Institucional: Centro Educativo-Terapéutico.

e) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contraturno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

f) Valor del módulo:

	<u>Categoría</u> <u>A</u>	<u>Categoría</u> <u>B</u>	<u>Categoría</u> <u>C</u>
Jornada Simple	4190,77	3517,70	2686,03
Jornada Doble	5957,20	5001,87	3815,49

1.5.— Módulo de Estimulación Temprana:

- a) Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.
- b) Población: Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.
- c) Prestación Institucional: Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.
- d) Modalidad de cobertura: Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar.
- e) Aranceles:

Mensual:	\$ 1571,52
Valor hora:	\$ 102,83

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

1.6. — Prestaciones Educativas:

1.6.1. — Educación Inicial:

- a) Definición: Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.
- b) Población: Niños discapacitados entre 3 y 6 años de edad cronológica, con posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel. Pueden concurrir niños con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.
- c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial.
- d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.
- e) Aranceles:

	<u>Categoría</u> <u>A</u>	<u>Categoría</u> <u>B</u>	<u>Categoría</u> <u>C</u>
Jornada Simple	\$ 3639,71	\$ 3058,21	\$ 2330,21
Jornada Doble	\$ 5315,17	\$ 4464,91	\$ 3399,93

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

1.6.2.— Educación General Básica:

- a) Definición: Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 18 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.
- b) Población: Niños discapacitados entre 6 y 18 años de edad cronológica aproximadamente, con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.
- c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial.
- d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.
- e) Aranceles:

	<u>Categoría</u> <u>A</u>	<u>Categoría</u> <u>B</u>	<u>Categoría</u> <u>C</u>
Jornada Simple	\$ 3639,71	\$ 3058,21	\$ 2330,21

Jornada	\$	\$	\$
Doble	5315,17	4464,91	3399,93

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución Nº 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

### 1.6.3.— Apoyo a la integración escolar:

a) Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Abarca una población entre los 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

b) Población: Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, deficiencia mental u otra), que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles- Educación inicial, EGB, Polimodal. Entre los 3 y 18 años de edad.

c) Tipo de prestación: Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.

d) Modalidad de cobertura: Atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultánea y/o sucesiva, según corresponda.

e) Aranceles:

	Mensual	Hora
Módulo Maestro de Apoyo	\$ 2360,47	\$ 92,64
Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (Equipo)	\$ 3540,70	

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución Nº 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

("Módulo Maestro de Apoyo" incorporado por art. 1º de la [Resolución Nº 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

### 1.6.4.— Formación Laboral y/o rehabilitación profesional:

a) Definición: Es el 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 especiales competentes en la materia.

b) Población: Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y 24 años de edad cronológica aproximadamente. Las personas discapacitadas entre los 24 y 45 años de edad, con discapacidad adquirida después de esa edad, podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

c) Prestación Institucional: Centro o escuelas de formación laboral especial o común. Centros de Rehabilitación profesional. En todos aquellos casos que fuere posible se promoverá la formación laboral y la rehabilitación profesional en recursos institucionales de la comunidad.

d) Modalidad de Cobertura: Jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 4 años de duración.

e) Aranceles:

	<u>Categoría A</u>	<u>Categoría B</u>	<u>Categoría C</u>
Jornada Simple	\$ 3646,17	\$ 3065,81	\$ 2331,62
Jornada Doble	\$ 5258,81	\$ 4421,51	\$ 3368,95

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución Nº 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

## 2.— Modalidad de Internación:

### 2.1.— Módulo de Internación en Rehabilitación:

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

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismos competentes incorporados al Sistema Unico de Prestaciones Básicas.

c) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.



- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación con internación.

d) Modalidad de cobertura:

Incluye:

Evaluación, prescripción y seguimiento por médico especialista.

Seguimiento clínico diario.

Tratamiento de rehabilitación según la complejidad permitida por el caso.

Exámenes complementarios y medicación inherentes a la patología.

Excluye:

Equipamiento (las ayudas técnicas deben ser brindadas mediante la internación aguda).

Medicamentos no inherentes a la secuela.

Pañales descartables.

e) Valor del Módulo:

PRESTACION	VALOR MAXIMO FIJADO
Mensual	\$ 13435,92

(Valor readecuado por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

2.2.— Módulo Hogar:

a) Definición: Se entiende por Hogar a los recursos institucionales que tienen como objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente, el último caso será evaluado por la Auditoría perteneciente a la Gerencia de Prestaciones de esta Administración.

b) Población: Niños, adolescentes, jóvenes y adultos, de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad.

c) Prestación Institucional: Hogares.

d) Modalidad de cobertura:

Módulo de alojamiento permanente.

Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

e) Valor del Módulo:

		<u>Categoría</u> <u>A</u>	<u>Categoría</u> <u>B</u>	<u>Categoría</u> <u>C</u>
HOGAR	Lunes a viernes	\$ 5178,89	\$ 4352,76	\$ 3467,12
	Permanente	\$ 6494,09	\$ 5452,71	\$ 4336,56
HOGAR CON CTRO. DE DIA	Lunes a viernes	\$ 7470,68	\$ 6273,84	\$ 5001,97
	Permanente	\$ 9172,14	\$ 7707,11	\$ 5866,07
HOGAR CON CTRO. EDUC. TERAP.	Lunes a viernes	\$ 8232,95	\$ 6912,46	\$ 5270,17
	Permanente	\$ 10148,74	\$ 8527,96	\$ 6590,66

HOGAR CON EDUCACION INICIAL(***)	Lunes a viernes	\$ 7162,71	\$ 6019,17	\$ 4676,31
	Permanente	\$ 8954,27	\$ 7519,84	\$ 5733,01
HOGAR CON EDUC. GRAL. BASICA(***)	Lunes a viernes	\$ 7162,71	\$ 6019,17	\$ 4676,31
	Permanente	\$ 8954,27	\$ 7519,84	\$ 5733,01
HOGAR CON FORMACION LABORAL	Lunes a viernes	\$ 7282,83	\$ 6118,41	\$ 4657,47
	Permanente	\$ 9450,97	\$ 7932,35	\$ 6043,31

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

### 2.3.— Residencia:

a) Definición: Se entiende por residencia a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

b) Población: Personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema. Asimismo, podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad.

c) Modalidad de cobertura:

Módulo de alojamiento permanente.

Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

e) Valor del Módulo:

	Categoría A	Categoría B	Categoría C
Lunes a viernes	\$ 4319,24	\$ 3589,84	\$ 3317,68
Permanente	\$ 5344,33	\$ 4488,56	\$ 4149,64

(Valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

### 2.4.— Pequeño Hogar:

a) Definición: Se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y con grupo familiar no continente, el último caso será evaluado por la Auditoría perteneciente a la Gerencia de Prestaciones de esta Administración.

b) Población: Personas discapacitadas a partir de los 3 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.

c) Modalidad de cobertura:

Módulo de alojamiento permanente.

Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

d) Valor del módulo:

	Categoría A	Categoría B	Categoría C
Lunes a viernes	\$ 4288,24	\$ 3605,32	\$ 3317,68
Permanente	\$ 5289,82	\$ 4236,96	\$ 4149,64

### 3.— Modalidad de Prestaciones Anexas

#### 3.1.— Prestaciones de Apoyo.

a) Definición: Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.

b) Población: Niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales.

c) Tipo de prestación: Ambulatoria. Atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. La misma será brindada por profesionales, docentes y/o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente.

d) Modalidad de cobertura: El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en 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 de prestaciones de apoyo será de hasta (6) horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

e) Aranceles: Valor hora \$ 102,83 (Valor readecuado por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

#### 3.2.— Transporte:

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

b) Población: Niños, jóvenes y adultos que presenten discapacidades que impidan su traslado a través del transporte público de pasajeros.

c) Tipos de transporte: Automóvil, Microbús, etc.

d) Aranceles: (\$ 3,67), por Km. Recorrido. En caso de beneficiarios que requieran asistencia de terceros para su movilización y/o traslados se reconocerá un adicional del 35% sobre el valor establecido. (Valor readecuado por art. 1º de la [Resolución N° 427/2012](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/01/2012. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de noviembre de 2011)

### Antecedentes Normativos

— Anexo III, punto 3.2, inc. d), valor readecuado por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 3.1, inc. e), valor readecuado por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 2.4, inc. d), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 2.3, inc. e), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 2.2, inc. e), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 2.1, inc. e), valor readecuado por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 1.6.4, inc. e), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 1.6.3, inc. e), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 1.6.2, inc. e), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 1.6.1, inc. e), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 1.5, inc. e), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 1.4, inc. f), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 1.3, inc. e), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 1.2, inc. f), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo III, punto 1.1, inc. e), valores readecuados por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;

— Anexo II, inciso 17, valor "Almuerzo diario" readecuado por art. 1º de la [Resolución N° 24.100/2011](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 24/10/2011. Vigencia: de aplicación a partir del 1 de agosto de 2011;







(5%) más a partir del 1 de abril de 2010 de conformidad con los Anexos I y II que forman parte integrante de la Resolución de referencia. Dicha modificación no ha sido plasmada en el presente texto actualizado;

— Anexo II, inciso 17, **Nota Infoleg:** Ver [Resolución N° 1915/2010](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 15/2/2010 por la cual se readecúan los aranceles vigentes de las prestaciones del PROGRAMA DE COBERTURA DEL SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD con un incremento del CINCO POR CIENTO (5%) a partir del 1 de diciembre de 2009 y de un CINCO POR CIENTO (5%) más a partir del 1 de abril de 2010 de conformidad con los Anexos I y II que forman parte integrante de la Resolución de referencia. Dicha modificación no ha sido plasmada en el presente texto actualizado;

— Anexo III, punto 3.2 inc. d), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo II I, punto 3.1 inc. e), valor readecuado por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo III, punto 2.4 inc. d), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo III, punto 2.3 inc. e), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo III, punto 2.2 inc. e), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo II I, punto 2.1 inc. e), v alor readecuado por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo II I, punto 1.6.4 inc. e), v alores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo II I, punto 1.6.3 inc. e), v alores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo II I, punto 1.6.2 inc. e), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo II I, punto 1.6.1 inc. e), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo III, punto 1.5 inc. e), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo III, punto 1.4 inc. f), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo III, punto 1.3 inc. e), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo III, punto 1.2 inc. f), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo III, punto 1.1 inc. e), valores readecuados por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo II, inciso 17, v alor "Almuerzo diario" readecuado por art. 1° de la [Resolución N° 16.890/2009](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 20/11/2009. Vigencia: a partir del 1° de septiembre de 2009;

— Anexo II, inciso 17, valores sustituidos por art. 1° de la [Resolución N° 6313/2008](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 16/4/2008. Vigencia: a partir del 1° de enero de 2008;

— Anexo II, inciso 17, **Nota Infoleg:** Ver [Resolución N° 24.028/2008](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 29/10/2008 por la cual se modifican los valores de las prestaciones del PROGRAMA DE COBERTURA DEL SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, según se detalla en su ANEXO I, a partir del 1° de septiembre de 2008 y hasta el 30 de noviembre de 2008 y según se detalla en su ANEXO II, a partir del 1° de diciembre de 2008. Dicha modificación no ha sido plasmada en el presente texto actualizado;

— Anexo III, valores sustituidos por art. 1° de la [Resolución N° 6313/2008](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 16/4/2008. Vigencia: a partir del 1° de enero de 2008;

— Anexo III, **Nota Infoleg:** Ver [Resolución N° 24.028/2008](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 29/10/2008 por la cual se modifican los valores de las prestaciones del PROGRAMA DE COBERTURA DEL SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, según se detalla en su ANEXO I, a partir del 1° de septiembre de 2008 y hasta el 30 de noviembre de 2008 y según se detalla en su ANEXO II, a partir del 1° de diciembre de 2008. Dicha modificación no ha sido plasmada en el presente texto actualizado;

— Anexo III, pto. 3.2 d), valor sustituido por art. 1° de la [Resolución N° 6592/2007](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 19/3/2007. Vigencia: las modificaciones rigen a partir del 1° de Enero de 2007;

— Anexo III, pto. 3.1 e), valor sustituido por art. 1° de la [Resolución N° 16.565/2007](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 16/7/2007. Vigencia: a partir del 1° de abril de 2007;

— Anexo III, pto. 2.4 d), valores sustituidos por art. 1° de la [Resolución N° 16.565/2007](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 16/7/2007. Vigencia: a partir del 1° de abril de 2007;

— Anexo III, pto. 2.3 e), valores sustituidos por art. 1° de la [Resolución N° 16.565/2007](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 16/7/2007. Vigencia: a partir del 1° de abril de 2007;

— Anexo III, pto. 2.2 e), valores sustituidos por art. 1° de la [Resolución N° 16.565/2007](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 16/7/2007. Vigencia: a partir del 1° de abril de 2007;



- Anexo III, punto 3.1, valor sustituido según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, punto 2.4, valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, punto 2.3, valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, punto 2.2, valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, punto 1.6.4, valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, punto 1.6.3, valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, punto 1.6, valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, punto 1.6.1, Valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, pto. 1.5, Valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, pto. 2.1, Valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo II, pto. 1.1, Valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo II, inc. 17, valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, pto. 1.2, Valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, pto. 1.3 Centro de Día, Valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, pto. 1.4, Centro Educativo-Terapéutico, Valores sustituidos según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo III, pto. 3.2, apartado d), arancel sustituido según art. 1° de la 4/1/2006. Vigencia: a partir del 1° de octubre de 2005; [Resolución N° 16200/2005](#) de la Administración de Programas Especiales B.O.
- Anexo I, punto IV, sustituido por art. 1° de la [Resolución N° 6080/2003](#) de la Administración de Programas Especiales B.O. 22/09/2003.