INSTRUCTIVO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD AÑO 2027

El siguiente instructivo detalla la **documentación respaldatoria necesaria para solicitar prestaciones por discapacidad correspondiente al año 2027.** Se recomienda leer atentamente los requisitos de presentación correspondiente al afiliado/a, el médico tratante y el prestador, según el tipo de prestación solicitada.

DETALLE DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

Para todas las presentaciones deberán utilizarse los formularios provistos por Osdop. Si por razones justificadas no fuera posible, la documentación presentada deberá contener la totalidad de la información requerida en dichos formularios.

1. Documentación del afiliado/a:

- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente.
- Formulario de conformidad prestacional correspondiente al año 2027.
- Si el afiliado/a asiste a una institución educativa, deberá presentar la constancia de alumno/a regular correspondiente al ciclo lectivo 2027 al inicio de clases.
- En caso de requerir transporte, se debe enviar declaración jurada dando cuenta que no se posee vehículo adquirido por la Ley N 19279 (franquicia automotriz).
- Nota de cese o cambio de prestación.

2. Documentación del médico:

La especialidad del médico/a a cargo deberá ser acorde a la edad y al diagnóstico del afiliado/a y no podrá pertenecer a la institución donde se brindarán las prestaciones.

- Historia clínica
- Prescripción médica para el año 2027 especificando:
  - Datos del afiliado/a (apellido y nombre, N° de afiliado/a, DNI).
  - Diagnóstico.
  - Prestación solicitada (por ejemplo: fonoaudiología, centro de día, entre otras).
  - Cantidad y frecuencia de las sesiones semanales.
  - Tipo de jornada simple o doble, cuando corresponda a prestaciones brindadas en instituciones educativas o centros de tratamiento (CET, escuela especial, centro de día, entre otras).

- Período de cobertura solicitado, indicando mes de inicio y finalización (por ejemplo: marzo a diciembre de 2027). Cuando se soliciten prestaciones durante el mes de enero, el médico tratante deberá fundamentar clínicamente la imposibilidad del afiliado/a de gozar de un receso en su tratamiento.
- Si corresponde solicitar el adicional por dependencia, deberá indicarlo expresamente en la prescripción médica.
- Cuando se solicite cobertura para transporte, será necesario presentar el Pedido médico de Solicitud de Transporte para Discapacidad. El médico tratante deberá fundamentar las razones clínicas por las cuales el afiliado/a no puede utilizar el transporte público gratuito acompañado/a por otra persona.

- Cambio de esquema prestacional
  - Cuando se solicite modificar una prestación previamente autorizada, el médico tratante deberá completar el formulario correspondiente, detallando los fundamentos clínicos que justifiquen el cambio.

3. Documentación del prestador:

a) Prestaciones de apoyo *(psicoterapia, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesioterapia, terapia ocupacional, psicomotricidad, musicoterapia):*

- Presupuesto de la prestación.
- Informe de evaluación inicial, informe evolutivo o informe de cierre, según corresponda.
- Plan de abordaje individual.
- Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente y correspondiente a la jurisdicción donde se brindará la atención.

b) Instituciones

- Presupuesto de la prestación.
- Informe de evaluación inicial, informe evolutivo o informe de cierre, según corresponda.
- Plan de abordaje individual.
- En el caso de:
  - Rehabilitación (Módulo integral, Internación y Estimulación temprana) debe contar con la disposición del establecimiento emitida por el Registro Nacional de Prestadores (RNP), conforme al Anexo VI de la Resolución 789/2009.
  - Centros (Hospital de día, Centro de día, Centro educativo terapéutico, Formación/Aprestamiento laboral, Escolaridad pre-primaria/primaria, Hogar, Pequeño hogar* y Residencia) se requiere la categorización vigente de la Secretaría Nacional de Discapacidad.

En el caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Centro de día, Hogar con centro de día, Hogar con centro educativo terapéutico y Centro educativo terapéutico deberá presentarse:

- Informe cualitativo y cuantitativo de la FIM (Medida de Independencia Funcional), confeccionado por una o un licenciado/a en terapia ocupacional perteneciente a la institución.

c) Integración escolar

La prestación de maestra de apoyo/ apoyo a la integración escolar se otorgará exclusivamente a estudiantes que asistan a establecimientos de educación de nivel y requieren apoyos para favorecer su inclusión educativa.

- Presupuesto.
- Informe de evaluación inicial, informe evolutivo o cierre de la prestación, según corresponda.
- Plan de abordaje individual con período lectivo, institución educativa, grado/año correspondiente y detalle de adecuación curricular.
- Documentación habilitante:
  - Apoyo a la integración escolar: Inscripción de la Institución en la Secretaría Nacional de Discapacidad o Junta Categorizadora.
  - Maestra de apoyo: título habilitante y certificado analítico con sellos ministeriales (profesor/a especial o psicopedagogo/a).

    Los/as acompañantes terapéuticos/as no cuentan con la formación pedagógica requerida para brindar esta prestación y no se encuentran autorizados/as por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) para realizar la integración escolar.

Deberá ser presentado dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo/ comienzo de prestación:

- Constancia de alumno/a regular emitida por la institución educativa (Inicio de ciclo lectivo).

  Acta acuerdo firmada por el familiar o tutor/a, un directivo de la institución educativa y el prestador.

Aclaración: a los 180 días de autorizada la prestación deberá presentarse el informe semestral que incluya:

- Período de abordaje.
- Modalidad de la prestación.
- Intervenciones realizadas con el afiliado/a con discapacidad y su red de apoyo.

  Evolución de los objetivos establecidos en el plan de abordaje.

d) Transporte

Cabe aclarar que Osdop brinda dicha cobertura a todos aquellos beneficiarios que, por su patología, no puedan hacer uso del transporte público gratuito con acompañante. En caso de requerir transporte, se debe enviar declaración jurada dando cuenta que no se posee vehículo adquirido por la Ley N 19279 (franquicia automotriz).

- Presupuesto de la prestación/servicio.
- Documentación del vehículo: habilitación, Verificación técnica vehicular (VTV) y póliza de seguro vigente acorde a la habilitación del vehículo. En caso de que la habilitación y la póliza de seguro presenten diferentes titulares, deberán adjuntar nota aclaratoria donde conste el vínculo.
- Licencia de conducir automotores para servicios de transporte de pasajeros vigente (Clase D).
- En el caso de solicitar dependencia, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Medida de Independencia Funcional (FIM) confeccionado por el médico/a tratante y/o lic. en terapia ocupacional. Se recuerda que solo podrá solicitarse para personas mayores de seis años.

IMPORTANTE:

Toda la documentación solicitada se encuentra sujeta a incorporaciones y/o modificaciones, ya sea en virtud de eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), como así también por requerimientos del equipo interdisciplinario de la obra social.

Deberá presentarse de forma conjunta. En caso de envío por correo electrónico, deberá estar digitalizado en ***formato PDF*** *con firma manuscrita. De presentar enmiendas, tachaduras o cambio de tinta y letra, deberá estar salvada con firma y sello del profesional. Toda la documentación debe ser totalmente legible y contar con fecha de emisión previa al período solicitado.*

MODELOS DE FORMULARIOS

Completar únicamente los formularios que correspondan a las prestaciones indicadas por el médico/a tratante.
Importante: toda la documentación deberá contar con firma manuscrita.

Formularios del afiliado/a

1° Conformidad de las prestaciones completa y firmada por el afiliado/a con discapacidad, *su familiar responsable o tutor/a.*

2° Declaración jurada en la que conste que el afiliado/a no posee un vehículo adquirido por la Ley N 19279 (franquicia automotriz), firmada por el afiliado/a con discapacidad, *su familiar responsable o tutor/a.*

3° Nota de cese o cambio de prestación, completa y firmada por el afiliado/a con discapacidad, *su familiar responsable o tutor/a.*

Formularios del médico/a tratante

4° Historia clínica completa y firmada por el *médico/a tratante.*

5° Pedido médico completo y firmado por el *médico/a tratante.*

6° Nota médica - Cambio de esquema prestacional, completa y firmada por el *médico/a tratante.*

7° Informe cuantitativo y cualitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) completo y firmado por el *médico/a tratante o licenciado en terapia ocupacional,* según corresponda para institución y/o transporte.

8° Pedido médico y solicitud de transporte, completo y firmado por el *médico/a tratante.*

Formularios del prestador

9° Presupuesto de transporte completo y firmado por el prestador, con la conformidad del *afiliado/a con discapacidad, su familiar responsable o tutor/a.*

10° Presupuesto de prestaciones de apoyo (a), de instituciones (b), de centros de rehabilitación (c) y/o de integración escolar (d) completos y firmados por el *prestador.*

11° Acta Acuerdo completa y firmada por el *prestador, el afiliado/a con discapacidad, su familiar responsable o tutor/a y la institución educativa.*

12° Informe inicial (a), informe evolutivo (b), de cese prestacional (c), semestral (d), según corresponda, completo y firmado por el *prestador.*

13° Plan de abordaje individual (a), integración escolar(b), centros de rehabilitación(c) o instituciones (d) según corresponda, completo y firmado por el *prestador.*

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN E INFORMACIÓN GENERAL

Fecha: / /

Datos del afiliado/a titular

Apellido: _____ Nombre: _____

DNI: _____ N° de afiliado/a: _____

Domicilio: _____ Localidad/Provincia: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: (____) _____

Datos del afiliado/a que recibirá la/s prestación/es

Apellido: _____ Nombre: _____

DNI: _____ N° de afiliado/a: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Asistirá a una institución educativa durante 2027?: ☐ Sí ☐ No

¿Asistirá a una escuela de educación especial? ☐ Sí ☐ No

Institución educativa: _____

Nivel: Inicial / primario / secundario / otros: _____

Grado / año: _____ Turno: mañana / tarde / noche

Datos del médico/a tratante

Apellido: _____ Nombre: _____

Especialidad: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: (____) _____

Aclaraciones preliminares

Para acceder a las prestaciones, el afiliado/a deberá contar con la **"autorización aprobatoria"** de Osdop, en la que se detallarán los períodos de cobertura, los prestadores y el monto correspondiente.
La recepción de la documentación no implica, bajo ninguna circunstancia, la autorización de la prestación solicitada.

Con el fin de garantizar la calidad, pertinencia e imparcialidad en la prestación de servicios, el equipo interdisciplinario de la obra social podrá solicitar documentación respaldatoria adicional y realizar auditorías de seguimiento sobre las prestaciones autorizadas. Si durante dichas auditorías se detectarán irregularidades o incumplimientos, la obra social podrá suspender o dejar sin efecto la autorización otorgada.

Dejo constancia que he recibido y aceptado el presente instructivo, en el cual se me informa sobre: aclaraciones preliminares, detalles de documentación prestacional, modelos de formularios.

_____	_____	_____
Firma *(manuscrita)*	Aclaración	DNI

_____

Parentesco