INSTRUCTIVO 2027

INSTITUCIONES - CET / CENTRO DE DÍA / ESCUELA / FORMACIÓN LABORAL / HOGAR

IMPORTANTE - NUEVO CIRCUITO 2027

Recepción de legajos a partir del 01/11/2026.
CABA y AMBA: evaluación por el Equipo Interdisciplinario de MCM Salud - Sede Caballito, Av. Avellaneda 607, esquina Hidalgo - CABA. La Orden Médica / Prescripción será emitida por el médico de la Obra Social luego de la evaluación.
Resto del país: las prescripciones se aceptarán únicamente cuando sean emitidas por médicos pertenecientes a prestadores de la Obra Social.
Para la evaluación: concurrir con resumen de historia clínica actualizado, órdenes o indicaciones del médico tratante, informes, estudios y toda documentación que refleje el estado de salud y situación actual del beneficiario.

1. PRESENTACIÓN, EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN

· No se recibirán entregas parciales que no cumplan con la documentación solicitada.
· La existencia de cobertura en años anteriores no implica continuidad automática ni autorización para 2027.
· El legajo COMPLETO deberá enviarse en una sola oportunidad, exclusivamente al correo electrónico:

discapacidad@ospsip.org.ar

2. PRESTACIONES INSTITUCIONALES

- Comprende Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Escuela pre-Primaria/Primaria, Formación Laboral, Hogares y demás modalidades que correspondan.
- Cuando se solicite dependencia o modalidad Hogar, deberá incorporarse la documentación específica indicada en este instructivo.

3. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

3.1	ANEXO III - Modelos de planillas
3.2	Documentación del Beneficiario
3.3	Documentación Médica
3.4	Documentación del Prestador
3.5	Otras consideraciones y Marco Normativo

3.1 ANEXO III - MODELOS DE PLANILLAS

- Presupuesto Prestacional - Instituciones.
- Conformidad prestacional correspondiente.
- Planilla de Actualización de Datos.
- FIM cualitativo y cuantitativo, cuando corresponda.

3.2 DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente.
- DNI del beneficiario (frente y dorso).
- Credencial de la Obra Social del titular y beneficiario.
- Último recibo de sueldo o últimos 6 aportes de monotributo del titular.
- Constancia de alumno regular con C.U.E. y/o constancia de la institución/profesional a la que concurre, con horarios.
- Conformidad prestacional firmada por la persona con discapacidad, familiar responsable o tutor, con fecha anterior al presupuesto.
- Planilla de Actualización de Datos OSPSIP.

3.3 DOCUMENTACIÓN MÉDICA

Documentación requerida para la evaluación, que deberá presentarse en formato PDF o JPG (por ej.: foto).

Resumen de Historia Clínica	Actualizado, con diagnóstico, evolución, escolaridad, tratamiento que recibe y justificación de la/s prestación/es solicitadas. Debe incluir fecha, firma y sello del profesional y descripción integral de la situación actual.
Prescripción médica (Orden Médica)	Debe indicar prestación, período, especialidad, modalidad prestacional y de concurrencia (jornada simple/doble), Nombre y Apellido, N.º de Afiliado, OSPSIP y diagnóstico. La fecha debe ser anterior al presupuesto.
Dependencia	Si se solicita dependencia, presentar FIM cualitativo y cuantitativo; podrá ser completado por Médico Tratante o Terapista Ocupacional, según corresponda.

Para 2027, la emisión/aceptación de la prescripción se realizará conforme al NUEVO CIRCUITO informado al inicio del presente instructivo.

3.4 DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

Presupuesto prestacional	Según modelo del ANEXO III, con datos de contacto, período, jornada/categoría, monto y cronograma.
Informe de evaluación inicial	Exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, con instrumentos de valoración y resultados.
Informe de evolución	Para renovación y de manera semestral: período, modalidad, intervenciones, resultados alcanzados y objetivos por alcanzar.
Plan de abordaje individual	Período, modalidad, objetivos específicos y estrategias de intervención.
Inscripciones y habilitaciones	Registro correspondiente de ANDIS/SSSalud según prestación, póliza, CUIT, datos bancarios y CBU.
Hogar / Dependencia	Para Hogar en todas sus modalidades: informe social que avale la necesidad. En dependencia: FIM e informe del prestador con apoyos específicos.

NOTA - EVALUACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

El Equipo Interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria para la evaluación, pudiendo solicitar ampliaciones o modificaciones de acuerdo con las conclusiones de la evaluación que realice.

3.5 OTRAS CONSIDERACIONES Y MARCO NORMATIVO

- El prestador deberá contar con las inscripciones y habilitaciones que correspondan.
- Los requisitos se confeccionan en el marco de la Resolución SSSalud 1743/2024, el Mecanismo de Integración, el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad y demás normativa aplicable.
- El presente instructivo queda sujeto a modificaciones y/o actualizaciones de los organismos competentes.

3.4 DOCUMENTACION DEL PRESTADOR - INFORME INICIAL

El informe de evaluacion inicial, solicitado exclusivamente al comienzo de una nueva prestacion, debera incluir fecha de emision, datos identificatorios del afiliado, periodo de abordaje, modalidad de atencion, instrumentos de valoracion aplicados y resultados de la evaluacion, con firma y sello del profesional responsable.

REQUISITOS GENERALES PARA INFORMES Y PLANES DE TRATAMIENTO

Todos los informes iniciales y evolutivos y los planes de tratamiento o de abordaje individual deberan consignar fecha de emision, datos identificatorios del afiliado, periodo al que corresponden, firma y sello del profesional responsable.

Estos requisitos alcanzan a instituciones, prestadores particulares, establecimientos educativos y demas prestadores, segun corresponda a cada prestacion.

ANEXOIII

PRESUPUESTOPRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:.....

CUIT:.....

Domicilio donde se realiza la prestación:.....

Correo electrónico de contacto:.....Tel.....

Beneficiario:.....DNI:.....

Prestación:.....

Tipo de jornada a realizar:.....Categoría.....

Período: desde:.....hasta:.....

Almuerzo: Sí- No.

Monto Mensual:.....

En caso de corresponder

Dependencia: Si-No

Matrícula anual:.....

Cantidaddesesionesmensuales:.....MontoporSesión:.....

CRONOGRAMADEASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

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

Firma/Aclaración/Sello del Prestador.

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y Nombre del Afiliado: ……..…..... Fecha:…/…/…

Nº de Documento:…… Nº de Afiliado:…… Edad:……

Informe Cuantitativo

Cada ítem es puntuado del 1 a 7 de la siguiente manera:

7	Independencia completa	SIN AYUDA
6	Independencia modificada	
5	Supervisión	DEPENDENCIA PARCIAL
4	Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia/hasta 94 puntos)	
3	Asistencia moderada (mayordel50%de independencia/hasta 63 puntos)	DEPENDENCIATOTAL
2	Asistencia máxima (mayor de l25% de independencia/hasta 31 puntos)	
1	Asistencia total (menor del 25% de independencia/menos de 31 puntos)	

	Actividad	Puntaje
	Auto cuidado	
1	Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar comida)	
2	Arreglo personal (lavarse cara y manos, peinarse, lavarse los dientes, afeitarse o maquillarse)	
3	Bañarse (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestirse parte superior (vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharlos, así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño O chata)	
	Control de esfínteres	
7	Control de la vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo O agentes necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	
8	Control del intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de Equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
	Movilidad	
9	Traslado de la cama a silla o silla de ruedas (pararse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial. (Si camina lo debe hacer de pie)	
10	Traslado en baño (sentarse y salir del inodoro)	
11	Traslado en bañera o ducha (entrar o salir de la bañera o ducha)	
	Ambulación	
12	Caminar/desplazarse en silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Subir y bajar escaleras (subir y bajar escalones)	
	Comunicación	
14	Comprensión (entender la comunicación auditiva o visual. Ej. escritura, gestos, signos, etc.)	
15	Expresión (expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
	Conocimiento social	
16	Interacción social(habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Solución de problemas (resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
	TOTAL FIM	

Firma y Sello
Médico Tratante / Lic. En Terapia Ocupacional
Según corresponda

Aclaración

Apellido y Nombre del Afiliado: ……..…..... Fecha: …/…. /….

Nº de Documento: …… Nº de Afiliado: …… Edad:……

Informe Cualitativo

Justificación

…… ……
……
…… ……
…… ….
…… ……
……
…… ……
……
…… ……
……
…… ……
……

Especificar Apoyos que se brindarán

…… ……
……
……
……
…… ……
……
…… ……
…… ……
……
…… ……
……

Firma y Sello
Médico Tratante / Lic. En Terapia Ocupacional
Según corresponda

Aclaración

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: ……..…../……..…./……..

Apellido y nombre del beneficiario: ……

Número de afiliado: ……

Yo……con DNI ……, expreso mi

conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me hay explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

NOMBRE DEL MÓDULO:……..…..

1-Prestación y frecuencia semanal: ……

Prestador:……

Período de la prestación: desde.....hasta……

2-Prestación y frecuencia semanal: ……

Prestador:……

Período de la prestación: desde.....hasta……

3-Prestación y frecuencia semanal: ……

Prestador:……

Período de la prestación: desde.....hasta……

4-Prestación y frecuencia semanal: ……

Prestador:……

Período de la prestación: desde.....hasta……

Firma: ……

Aclaración: ……

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre

de……..……..

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:……

Aclaración: ……

Documento: ……..

ObraSocialdelPersonaldeSeguridadComercial,IndustrialeInvestigacionesPrivadas

Actualizacióndedatos

Fecha: _____

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

NombreyApellido:……..

DNI:……

Fechadenacimiento:…… N°

de Afiliado: ……..

Dirección:……Piso:……Dpto:……..

Localidad:……Provincia:……..

TelCelular:…… Telalternativo: ……

E-mail: ……..

Datosdelosprogenitores/familiar/encargadosy/otutor

PADRE: ……

DNI:……

E-mail:……

Teléfonodecontacto:……

Horario laboral: ……

MADRE:……

DNI: ……

E-mail:……

Teléfonodecontacto:……

Horario laboral: ……