INSTRUCTIVO 2027

INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRA-O DE APOYO

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. INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRA-O DE APOYO

- Comprende Integración Escolar y Maestra/o de Apoyo, según corresponda.
- La documentación deberá contemplar la escolaridad, jornada, cronograma y modalidad de apoyo solicitada.

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 - Integración Escolar / Maestra-o de Apoyo.
- Conformidad Prestacional.
- Acta Acuerdo de Apoyo a la Integración Escolar.
- Planilla de Actualización de Datos.

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 y último recibo de sueldo o últimos 6 aportes de monotributo.
- Constancia de alumno regular con C.U.E. de la escuela a la que asiste.
- 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	Debe incluir diagnóstico, evolución y situación actual que justifique la prestación, incluyendo escolaridad, tipo de jornada e historial terapéutico si lo hubiere. Fecha actual, firma y sello.
Prescripción médica (Orden Médica)	Debe indicar prestación, frecuencia semanal o mensual, especialidad, modalidad prestacional y de concurrencia, Nombre y Apellido, N.º de Afiliado, OSPSIP, diagnóstico y período de tratamiento. La fecha debe ser anterior al presupuesto.

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 institucional/prestacional	Según modelo del ANEXO III, con período, monto y cronograma de asistencia.
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, con período, modalidad, intervenciones, resultados y objetivos.
Plan de abordaje individual	Con detalle de adecuación curricular cuando corresponda, período, modalidad, objetivos y estrategias.
Acta acuerdo	Firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador, según modelo adjunto.
Documentación habilitante	Inscripción/habilitación correspondiente. Para Maestra/o de Apoyo: título habilitante y certificado analítico. Para profesionales regulados: matrícula/RNP cuando corresponda. CUIT, póliza, datos bancarios y CBU.

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 profesional/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.

Obra Social del Personal de Seguridad Comercial, Industrial e Investigaciones Privadas

Actualización de datos

Fecha:

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación Nombre y Apellido:

_____

DNI:……

Fecha de nacimiento: ……

N° de Afiliado:……

Dirección:……Piso: ……. Dpto.:……..

Localidad:……Provincia:……

Tel de celular: …… Tel. alternativo:……

E-mail:_____

Datos de los progenitores/familiar/encargados y/o tutor

PADRE: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Horario laboral_____

MADRE:_____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Horario laboral _____

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

INTEGRACIÓN ESCOLAR- MAESTRA/O DE APOYO

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador: ……

CUIT:……..

Domicilio donde se realiza la prestación: ……

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

Beneficiario:……..DNI:……

Prestación:……

Período: desde:…….. Hasta……

Monto Mensual:……

En caso de corresponder:

Valor hora (sólo en casos de hasta 8hs semanales):……..

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

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 han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1-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: ……..

ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÒN ESCOLAR

(O MAESTRO DE APOYO)

En la Ciudad de ..... a los ..... días del mes de .....del año ..... y siendo las .....horas, se reúnen en el Establecimiento ..... ubicado en la calle .....de la Ciudad de .....el / la director/a .....y el / la docente de Apoyo a la Integración .....al solo efecto de celebrar la firma del ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÒN ESCOLAR, con el fin de brindar Apoyo al proceso de integración escolar al alumno /a ..... que cursa ..... Turno .....

La Maestra de Apoyo y la Escuela Integradora, acuerdan:

- La Maestra de Apoyo asistirá a la Escuela Integradora los días.....en la franja horaria de .....hs. a .....hs.
- Acompañar el proceso de integración del alumno.
- Brindar asesoramiento permanente a las docentes integradoras.
- Elaborar en forma conjunta, las adecuaciones curriculares en función de las necesidades educativas del alumno, sean éstas de espacio, tiempo, contenido y/o materiales.
- Orientar acerca del material a utilizar en los diferentes espacios curriculares.
- Sugerir la adaptación de estrategias y contenidos.
- Participar de reuniones de padres, cuando la escuela integradora lo solicite, previo acuerdo de horarios.
- Habilitar un cuaderno de comunicaciones, mediante el cual los docentes puedan solicitar información y manifestar inquietudes.
- Dar a conocer a los padres, la modalidad de trabajo entre la escuela inclusiva y el servicio de Apoyo a la Integración.

Siendo las .....horas, se da por finalizada la firma acuerdo.

.....

Firma del responsable del beneficiario

(con aclaración., DNI y vínculo)

.....

Firma del directivo y sello de la

Institución.

.....

Firma de la Maestra de Apoyo

(con aclaración y matrícula)