INSTRUCTIVO 2027

REHABILITACIÓN / TERAPIAS / ESTIMULACIÓN TEMPRANA / PRESTACIONES DE APOYO

IMPORTANTE - NUEVO CIRCUITO 2027

Recepción de legajos a partir del 01/11/2026.

CABA y AMBA: la evaluación será realizada 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 A SOLICITAR

- Terapias ambulatorias.
- Estimulación temprana.
- Centros de rehabilitación.
- Prestaciones de apoyo: máximo de hasta SEIS (6) HORAS SEMANALES. Cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas (Resolución 428/99, apartado 2.3.1.d).
- No se autorizará más de una (1) sesión con un mismo profesional en el mismo día.

3. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

El legajo deberá incluir la documentación que se detalla a continuación. La numeración coincide con el desarrollo de cada apartado:

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

3.1 ANEXO III - MODELOS DE PLANILLAS

- Conformidad prestacional firmada por la persona con discapacidad, familiar responsable o tutor, con fecha anterior al presupuesto. Completar el modelo correspondiente según la prestación: Prestaciones de Apoyo/Terapias o Centros de Rehabilitación/Estimulación Temprana.
- Presupuesto prestacional según el modelo correspondiente del ANEXO III.
- Planilla de Actualización de Datos (incluida en el ANEXO III adjunto).

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. de la escuela a la que asiste, cuando corresponda.
- Conformidad prestacional firmada por la persona con discapacidad, familiar responsable o tutor, con fecha anterior al presupuesto (incluida en el ANEXO III adjunto).
- Planilla de Actualización de Datos (incluida en el ANEXO III adjunto).

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, resumen de evolución y descripción de la situación actual que justifique las prestaciones solicitadas. Incluir escolaridad e historial terapéutico si lo hubiere. Debe contar con fecha actual, firma y sello del profesional.
Prescripción médica (Orden Médica)	Debe indicar las prestaciones prescriptas, frecuencia semanal o mensual, especialidad, modalidad prestacional y de concurrencia, comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Deben figurar Nombre y Apellido, N.º de Afiliado, Obra Social (OSPSIP) y diagnóstico. La fecha debe ser anterior a la del presupuesto. Para cada prestación se debe indicar el período de tratamiento, a partir del mes en curso.

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

3.4 DOCUMENTACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD

Documentación requerida de cada profesional prestador de salud, que deberá presentarse en formato PDF o JPG (por ej.: foto).

Presupuesto individual	Según modelo del ANEXO III adjunto. Completar el modelo correspondiente: Prestaciones de Apoyo/Terapias o Centros de Rehabilitación/Estimulación Temprana.
Informe de evaluación inicial	Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación. Deberán constar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.
Plan de abordaje individual	Período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
Informe de evolución	Se solicitará para renovar la prestación y de manera semestral. Deberá incluir fecha, período de abordaje, modalidad, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y objetivos a seguir trabajando en la continuidad del tratamiento.
Documentación profesional	Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente. Título habilitante, constancia de CUIT, datos bancarios/CBU, póliza y demás documentación aplicable.

NOTA - EVALUACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
El Equipo Interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones 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, la Resolución 428/99 y demás normativa aplicable.
- El presente instructivo queda sujeto a modificaciones y/o actualizaciones de los organismos competentes.

2. PRESTACIONES A SOLICITAR - ACLARACION

Prestaciones de apoyo: maximo de hasta SEIS (6) HORAS SEMANALES. Cuando el caso requiera mayor tiempo de atencion, debera orientarse al beneficiario hacia alguna de las otras prestaciones previstas en la Resolucion 428/99, apartado 2.3.1.d.

Por ejemplo: Modulo de Rehabilitacion Integral Intensivo, cuando resulte pertinente segun la indicacion profesional y las necesidades del beneficiario.

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.

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONALPRESTACIONES DE APOYO

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador: ……..

CUIT: ……

Domicilio donde se realiza la prestación: ……..

Correo electrónico de contacto: ……Teléfono: ……..

Beneficiario: ……DNI: ……

Prestación: ……..

Período: desde…… hasta…….

Monto por Sesión: ……..

Cantidad de sesiones 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.

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

<u>PRESUPUESTO PRESTACIONAL</u> CENTROS DE REHABILITACION/ ESTIMULACION TEMPRANA

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:……..

Monto Mensual: ……

En caso de corresponder

Cantidad de sesiones mensuales: ……..….Monto por Sesión: ……..

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

Prestacón	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 y Aclaración del Prestador.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL PRESTACIONES DE APOYO

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.

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: ……..

<u>CONFORMIDAD PRESTACIONAL</u> CENTROS DE REHABILITACION/ ESTIMULACION TEMPRANA

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-<u>Prestación y frecuencia semanal</u>: ……

Prestador:……

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

2-<u>Prestación y frecuencia semanal</u>: ……

Prestador:……

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

3-<u>Prestación y frecuencia semanal</u>: ……

Prestador:……

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

4-<u>Prestación y frecuencia semanal</u>: ……

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: ……..

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 celular……Tel alternativo……..

e-mail……

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

PADRE: ……DNI……

E-mail:…… Tel:……

Horario laboral: ……

MADRE:……DNI……

E-mail:…… Tel:……

Horario laboral: ……