INSTRUCTIVO 2027

TRANSPORTE

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. TRANSPORTE

- Deberá justificarse la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público gratuito.
- La evaluación considerará la justificación, la cercanía de los prestadores y los tiempos/distancias de traslado.

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

- Conformidad Transporte.
- Presupuesto Transporte y diagrama de traslados.
- Planilla de Actualización de Datos.
- Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM), cuando corresponda.

3.2 DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente; deberá contemplar transporte como orientación prestacional cuando corresponda.
- 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 institución/profesional al que concurre, con días y horarios.
- Certificación de domicilio ante organismo competente.
- Conformidad de transporte firmada por la persona con discapacidad, familiar responsable o tutor.
- 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, justificando la imposibilidad de utilizar transporte público gratuito. Incluir escolaridad e historial terapéutico si lo hubiere, fecha, firma y sello.
Prescripción médica (Orden Médica)	Debe justificar la necesidad de transporte privado y la imposibilidad de utilizar transporte público gratuito; consignar frecuencia, origen, destino, actividad a realizar, diagnóstico y período.
Dependencia	Si se solicita dependencia, presentar FIM cualitativo y cuantitativo y consignarla en la prescripción.

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 de transporte	Según modelo adjunto, firmado y sellado por el prestador.
Diagrama de traslados	Origen y destino de cada viaje, kilómetros, días y horarios; firmado por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
Mapa de georreferenciación	Mapa Google o equivalente, firmado por el responsable del transporte.
Documentación del transportista	Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir, DNI y constancia de CUIT.
Dependencia	En caso de solicitarla, detallar en el diagrama de traslados los apoyos específicos que se brindarán.

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

- La autorización considerará la debida justificación, la cercanía de los prestadores y la evaluación de distancias y tiempos de traslado.
- 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.

PRESUPUESTO TRANSPORTE Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:_____CUIT: _____

Mail de contacto (LEGIBLE):_____Teléfono:

Compañía de Seguros:_____PólizaN°:

Beneficiario:_____DNI:

Período: desde:_____hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicionaldependencia35%(Sujeto a evaluación):Sí-No

Valor del km: .....

Monto mensual:..... Firma y Aclaración del Transportista:

CONFORMIDADTRANSPORTE

Fecha:…../……/……..
Apellido y nombre del beneficiario:..... **Número de Afiliado/DNI:** .....

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº .....,doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período :desde .....hasta.....

Firma:.....Aclaración: .....

SIELFIRMANTENOESLA PERSONACONDISCAPACIDAD,COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre

de.....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

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:……

Teléfono de contacto:……

Horario laboral:……

MADRE:……

DNI:……

E-mail: ……

Teléfono de contacto:……

Horario laboral:……

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