

## PAUTAS GENERALES INICIO DE PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD AÑO 2026

### ANEXO I

El presente escrito tiene como objetivo enunciar los requisitos necesarios para continuar con las prestaciones comprendidas en el Marco Básico del Mecanismo de Integración de la SSSalud para personas con certificado de discapacidad.

Los mismos son indispensables para la gestión de la autorización conforme a lo dispuesto en el Nomenclador vigente de la SSSalud.

Nuestra página Web: [www.ospim.com.ar](http://www.ospim.com.ar)

Instructivo y Formularios <http://www.ospim.com.ar/formulariosprestadores.html>

Todas las prestaciones se autorizan desde OSPIM Central

Consultas vía mail: [discapacidad@ospim.com.ar](mailto:discapacidad@ospim.com.ar)

Consultas vía telefónica: 0810-333-8504 o en la Delegación correspondiente al beneficiario

#### Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2026.

EL ENVIO DE DOCUMENTACION DEBE SER EN FORMATO PDF **ÚNICAMENTE** (La misma debe presentarse sin tachaduras y/o correcciones. En caso de tenerlas deberán estar con la respectiva enmienda (firma y sello del profesional))

La recepción de la documentación no implica autorización de la prestación solicitada. La misma está sujeta a análisis de la Auditoría de Mecanismo de Integración. En caso de ser necesario, se solicitará evaluación del Equipo Interdisciplinario de OSPIM

1. Enviar la documentación en un mail por beneficiario. En el **ASUNTO** debe estar escrito el APELLIDO Y NOMBRE del beneficiario y REFERENCIA de la documentación enviada
2. Todo archivo enviado debe ser en FORMATO PDF, y Escaneado NO FOTO (se puede utilizar el escaneo de aplicaciones del celular como CamScan u otras)
3. Cada archivo debe tener el título de referencia según el "Listado de Nombres para envío de archivos" adjuntado. Se puede visualizar en página Web  
Por ejemplo:  
Historia Clínica = HC  
Certificado Único de Discapacidad = CUD  
Pedido Médico Psicología = PM PSL  
Presupuesto Escuela Especial = PR ESC ESP
4. La documentación podrá ser firmada en forma original, ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo escaneada, por medios digitales.

#### DOCUMENTACION A ENVIAR:

- **Certificado Único de Discapacidad (CUD) en formato PDF:** (Verificar que se vea con claridad el código de barras ubicado en el margen izquierdo)
- **Anexo 21 Inicio de Trámite “Carátula de Inicio de Trámite”**
- **Resumen de historia clínica:** firmado por médico tratante. **(ANEXO 22)**
- **Constancia Alumno Regular ciclo 2026:** la misma debe incluir nro de CUE de la escuela.
- **Pedido médico de las prestaciones** comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Certificado de Discapacidad, firmada por médico tratante. **(Ver ejemplos en ANEXO 24)**
- **Conformidad por las prestaciones firmada** por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. **(ANEXO III CONFORMIDAD PRESTACIONES; ANEXO III CONFORMIDAD TRANSPORTE )**
- 
- **Informe de evaluación inicial 2026 y Plan de abordaje individual 2026**, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos. **(ANEXO 28)/ FORMATO DEL PROFESIONAL**
- **Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada** confeccionado y firmado por equipo tratante/ profesionales intervinientes
- **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud** para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad**, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud** para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- **Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.**
- **Presupuesto prestacional (ANEXO 25-26 - PRESUPUESTO PRESTACIONES; ANEXO 27 - PRESUPUESTO TRANSPORTE )**

En caso de solicitar **dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico**, se deberá presentar el **informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)**, confeccionada por médico tratante, **especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.** **(ANEXO 23)**

En caso de solicitar **TRANSPORTE** es requisito la justificación médica de la imposibilidad del beneficiario con CUD para trasladarse en transporte público  
 Para ello es necesario enviar la justificación médica con detalles de apoyos necesarios  
 Por otro lado se informa que no se brindará cobertura de transporte a los beneficiarios que hayan accedido al beneficio estipulado en la ley 19279 y sus modificatorias

En caso de solicitar **dependencia para el transporte** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM- ANEXO 23), confeccionada por médico tratante, debe incluir el diagrama de traslado y los apoyos específicos que se brindaran.

DOCUMENTACION ESPECÍFICA POR PRESTACION:

***Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:***

- Constancia de alumno regular con número de CUE (código único de establecimiento) dentro del mes de marzo 2026
- Acta acuerdo (**ANEXO 29**) firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador antes de fines de mayo 2026
- Plan de abordaje individual/ PPI 2026 con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionado y firmado por equipo profesional y escuela interviniente
- Informe evolutivo de mitad de año firmado por profesional (a mediados del ciclo escolar)

***Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar:***

Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

**Transporte:**

- **Pedido Médico** de la prestación de transporte
- **Justificación médica** de la imposibilidad del beneficiario con CUD para trasladarse en transporte público
- **Conformidad del diagrama de traslados FIRMADA ( Google maps)** por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor y por el transportista
- **Presupuesto de transporte (ANEXO 27)** en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- **Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir vigentes. Es responsabilidad del prestador transportista enviar la documentación con la vigencia actualizada en forma permanente. Es condición para poder facturar y cobrar**
- En caso de solicitar más de 1500km deberá presentar la **Justificación Médica de Solicitud de Transporte para más de 1500 km (Anexo 32)** y **Certificación Policial de domicilio**

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR ENVIAR SU FACTURACIÓN, con el nombre de archivo que genera ARCA, planilla de asistencia según corresponda firmada por el responsable y profesional, en formato PDF, VIA MAIL A

[facturaciondiscapacidad@ospim.com.ar](mailto:facturaciondiscapacidad@ospim.com.ar) (A MES VENCIDO, los primeros diez días de cada mes).

LO RECIBIDO FUERA DE TÉRMINO, de acuerdo al Mecanismo de Integración, NO GENERARÁ OBLIGACIÓN DE PAGO como la documentación respaldatoria que contenga vencimientos debe ser vigente y actualizado

Saludos cordiales,  
Equipo Discapacidad OSPIM