

PAUTAS GENERALES PRESTACIONES DEL MECANISMO DE INTEGRACION AÑO 2026

Parte 1

El presente escrito tiene como objetivo enunciar los requisitos necesarios para los pasos necesarios para iniciar/continuar un trámite para las prestaciones comprendidas en el Marco Básico del Mecanismo de Integración de la SSSalud para las 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

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

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

La presentación del trámite es anual, año calendario. Para su inicio/continuidad se sugiere presentar la documentación completa entre los meses de noviembre y diciembre de 2025 para iniciar/continuar con las prestaciones en el año 2026. 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 Discapacidad. En caso de ser necesario, se solicitará evaluación del Equipo Interdisciplinario de Discapacidad de OSPIM

EL INICIO DE LAS PRESTACIONES SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR Y NO OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR LAS MISMAS

La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado NO DA DERECHO AL PRESTADOR INTERVINIENTE A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN previo análisis de la documentación presentada y autorización correspondiente por parte de la Obra Social OSPIM (sin excepción)

SE DEBE SOLICITAR EL PRESUPUESTO SELLADO Y AUTORIZADO POR EL EQUIPO DE DISCAPACIDAD PARA EL COMIENZO DE LA PRESTACIÓN

LOS TRATAMIENTOS SERÁN RECONOCIDOS Y ABONADOS DESDE LA FECHA QUE FIGURE LA AUTORIZACIÓN EN EL PRESUPUESTO PRESENTADO POR CADA PRESTADOR

ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR ENVIAR SU FACTURACIÓN y planilla de asistencia FIRMADA EN ORIGINAL por el responsable y profesional, en formato PDF, VIA MAIL A facturaciondiscapacidad@ospim.com.ar A MES VENCIDO (los primeros 10 días de cada mes), LO RECIBIDO FUERA DE TÉRMINO, como la falta de vigencia de la documentación respaldatoria de acuerdo al Mecanismo de Integración, NO GENERARÁ OBLIGACIÓN DE PAGO

DOCUMENTACION A PRESENTAR

POR EL BENEFICIARIO QUE INICIA/CONTINUA UN TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE MECANISMO DE INTEGRACIÓN (ver pautas por inicio/continuidad de tratamiento)

- **Situación del beneficiario**
Se solicita informar a la obra social toda modificación producida en relación a la condición filiatoria del beneficiario y al módulo prestacional recibido (por abandono, falta de concurrencia, fallecimiento, desempleo u otras)

EL TRAMITE SE INICIA CON EL Anexo 21 “Carátula de Inicio de Trámite”

- **Fotocopia del último comprobante de cobro de del seguro de desempleo**
(Beneficiarios con Fondo de Desempleo)
- **Sólo para nuevos beneficiarios o beneficiarios que tienen que renovar el CUD: Fotocopia del Certificado de Discapacidad. (Verificar que se vea con claridad el código de barras ubicado en el margen izquierdo del CUD)**
Se deberá adjuntar fotocopia legible del Certificado de Discapacidad vigente. En los casos de Certificado de Discapacidad que se encuentren vencidos y cuenten con el turno para la renovación, deberán enviar fotocopia legible del mismo (turno de la renovación) sin excepción.
Una vez que cuenten con el Nuevo Certificado de Discapacidad presentar una copia legible para adjuntar al expediente.
- **ANEXO III Conformidad de Prestaciones Año 2026**

DOCUMENTACION MÉDICA

- **Resumen de Historia Clínica Original (VER ANEXO 22)**
Debe estar confeccionada por el médico tratante y contener los antecedentes que justifiquen y respalden los tratamientos solicitados.

ORDEN MÉDICA ORIGINAL (Prescripción o Indicación) (VER ANEXO 24)

La prescripción del tratamiento no puede ser realizada por un médico de la institución en la que se efectúan las prestaciones.

Deben estar firmadas por médico que evalúa e indica el tratamiento

Cada orden debe contener:

- **Nombre y Apellido** del Beneficiario
- **DNI**, confirmar que se encuentre escrito en forma correcta
- **Nombre de la Obra Social y Nro. De Beneficiario**
- **Diagnóstico** (debe coincidir con el expresado en el Certificado de Discapacidad)
- **Detallar Prestación solicitada** para el Beneficiario:
Pueden ser:
 - **Prestaciones Ambulatorias:** serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando especialidad y frecuencia semanal o mensual.

- **Prestaciones Institucionales:** por ejemplo, Centro de Día, es necesario detallar tipo de jornada (simple o doble).
- **Prestaciones Educativas:** si es Educación Especial debe indicarse, PRE-primaria, Primaria o Formación Laboral y tipo de jornada (simple o doble); si es Centro Educativo Terapéutico, debe indicarse tipo de jornada (simple o doble)
- **Módulo Estimulación Temprana**
- **Período de la Prestación,** debe indicarse el período en el que se efectuará la prestación (enero- diciembre 2026 o febrero-diciembre 2026)
- **Firma y sello** del médico tratante
- **Fecha,** la fecha de emisión debe ser anterior al período de la prestación (ejemplo: si la prestación comienza el 02/01/26, la fecha de la orden podría ser, 01/12/2025)
- **Dependencia,** en caso de solicitarlo, deberá estar aclarado y debidamente fundamentado en el **Pedido médico de las prestaciones** (prestaciones institucionales y/o transporte). **(VER ANEXO 24 Ejemplos Órdenes médicas)**
- 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** y el informe del prestador **especificando los apoyos** que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.
- En caso de solicitar **dependencia para la prestación de transporte** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la **Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)**, confeccionada por **médico tratante** e incluir en el **diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.**

FIM PLANILLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (VER ANEXO 23)

En caso de tener indicada “Dependencia” en la orden médica, debe incluir Evaluación de la medida de independencia funcional elaborada y firmada por médico tratante.

DOCUMENTACIÓN DE PRESTADORES

- **Presupuestos para tratamientos**
(VER ANEXOS 25 - 26)

Deben contener los siguientes datos

- **Del Beneficiario:**
 - **Nombre y Apellido del beneficiario**
 - **DNI**
 - **Prestación**
 - **Frecuencia:** cantidad de sesiones semanales/mensuales
 - **Modalidad:** jornada simple/doble
 - **Período:** enero- diciembre 2026 o febrero-diciembre 2026
 - **Fecha:** debe ser anterior al inicio de la prestación solicitada
 - **Valor** (por sesión/por módulo según corresponda)
 - **Valor mensual**
 - **Aclarar si es Con Dependencia (Prestaciones Institucionales)**

▪ **Del Prestador de Tratamientos**

- Razón Social
- Domicilio de atención
- Teléfono de contacto
- Constancia de CBU (se adjunta formato para completar información solicitada Anexo 31)
- Dirección de correo electrónico
- Condición frente al IVA
- Nro. de CUIT
- Firma y sello de la persona responsable de la institución, prestadora y/o profesionales tratantes.
- **POR FAVOR COMPLETAR LA INFORMACION DE LA DOCUMENTACION A PRESENTAR CON LETRA LEGIBLE Y CLARA.**

- **Presupuesto de traslado (VER ANEXO 27)** 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

Debe presentar:

- Justificación médica de la imposibilidad del beneficiario con CUD para trasladarse en transporte público con detalles de apoyos necesarios
- Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado
- Póliza del seguro vigente
- Verificación técnica vigente
- Fotocopia de licencia de conducir
- Hoja de ruta impresa de acuerdo con “Google Maps” (www.maps.google.com.ar) firmada por prestador y responsable del beneficio
- **Debe contener los siguientes datos:**
 - **Nombre y Apellido del Beneficiario**
 - **DNI**
 - **Domicilio de Partida**, especificar calle, numeración y localidad (debe coincidir con el consignado en la planilla de conformidad)
 - **Domicilio de Destino**, especificar calle, numeración y localidad (aclarar tipo de prestación a la cual se traslada). El domicilio de destino debe coincidir con el presupuesto de la prestación
 - **Cantidad de km** diarios recorridos
 - **Cantidad de km** mensuales recorridos
 - **Frecuencia**, cantidad de viajes mensuales a cada destino, días y horarios.
 - **Valor por km**, aclarar si es con dependencia
 - **Monto por viaje**
 - **Monto mensual**
 - **Período**
 - **Fecha**, previa a la prestación
 - **Firma y aclaración del transportista**
 - **Domicilio**
 - **Teléfono de contacto y correo electrónico**
 - **Número de CUIT**
 - **Constancia de CBU (se adjunta formato para completar la información solicitada Anexo 31)**

- **Condición Frente al IVA**
 - **Constancia de Alumno Regular** (cuando el transporte especial es para concurrir a Escuela Común), la misma debe detallar datos del establecimiento y nro. CUE institucional
 - 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 y/o Lic. en Terapia Ocupacional según corresponda e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.
- **NOTA: La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por parte de la obra social, sino un compromiso de contraprestación por la realización de todos los viajes pautados, la autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.**

ANEXO PLANES DE TRATAMIENTO (Inicio de Tratamiento/Continuación de Tratamiento) (VER ANEXO 28)

- Debe detallar los objetivos a trabajar con el Beneficiario durante todo el año.
Si el tratamiento que recibe es de varios profesionales en diferentes consultorios; este plan debe estar consensuado y firmado por todos los profesionales intervinientes para garantizar el trabajo interdisciplinario.
Si el tratamiento se realiza en una misma institución queda bajo la firma del responsable de la misma.

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO O BAJA DEL PRESTADOR (ANEXO 30)

Se debe presentar en forma fehaciente la suspensión o cambio de prestador indicando fecha y enviando un mail a discapacidad@ospim.com.ar

PRESUPUESTO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR Y MAESTRA DE APOYO (VER ANEXO 25-26)

Presentar:

- **PPI/ADAPTACIONES CURRICULARES** (Objetivos, plan de Trabajo individual, adecuaciones específicas y generales que deberán ser acordados entre la Escuela Común y la Maestra de Apoyo/Equipo Integrador para potenciar el desarrollo del beneficiario de la prestación y su integración escolar) **Dentro de los dos meses de comenzada la prestación, de no ser así no se abonará la misma**
- **ACTA ACUERDO (VER ANEXO 29)** deberán presentarse firmadas y selladas por la Escuela Común y la Maestra de Apoyo / Equipo Integrador. En el caso del Acta de Acuerdo deberá presentarse con firma y sello de la Escuela Común y la Maestra de Apoyo/Equipo Integrador y la firma de la familia. **Debe presentarse a más tardar con la primera facturación de la prestación. Caso contrario no se abonará.**

INFORMES EVOLUTIVOS

Con la presentación de la documentación para el año 2026, se deben adjuntar los informes evolutivos final del año 2025 correspondiente al Beneficiario firmados en forma conjunta con todo el equipo profesional interviniente

RECORDAR LA PRESENTACIÓN SEMESTRAL DE INFORMES EVOLUTIVOS

(Si se trata de más de un profesional individual, deberán realizarlo en conjunto firmado y sellado por todos los profesionales tratantes que conforman el Equipo Interdisciplinario)

INSCRIPCIÓN EN LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD/REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SSSALUD

SE DEBERÁ PRESENTAR el PRINT DE PANTALLA DE PAGINA DE ANDIS:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Y EL DICTAMEN DE CATEGORIZACIÓN E INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, A SABER:

- **Centros de Rehabilitación y Estimulación Temprana:**
 - Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
- **Educación Inicial, Educación General Básica, Formación Laboral, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar:**
 - Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
- **Profesionales que realizan Prestaciones de Apoyo:**
 - Psicólogos, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicopedagogos, Músico- terapeutas, Terapistas Ocupacionales, Psicomotricistas y Estimuladoras Tempranas, en el Registro Nacional de Prestadores en la SSSALUD, deben presentar: **Fotocopia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores en la Superintendencia de Servicios de Salud y Fotocopia legible del Título Habilitante** (diploma con número de resolución no certificado analítico).
 - Otros Profesionales, (maestros de Educación Especial, Estimuladores del Lenguaje, Trabajadores Sociales, otros), deben presentar: **fotocopia legible del Título Habilitante y Certificado Analítico**

DESCRIPCIÓN DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD

Parte 2

- **Transporte especial (VER ANEXO 27)**

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su domicilio hasta el lugar de atención y viceversa.

Dicho beneficio es otorgado cuando el beneficiario se ve imposibilitado, por circunstancias clínicas, sociales o conductuales, de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.14, art. 22 inc.

Documentación Requerida:

- Justificación médica de la imposibilidad del beneficiario con CUD para trasladarse en transporte público con detalles de apoyos necesarios
- Fotocopia legible de la habilitación del vehículo/agencia de transporte vigente durante todo el año que se brinde la prestación
- Fotocopia del seguro vigente durante todo el año que se brinde la prestación
- Fotocopia del Registro del conductor vigente durante todo el año que se brinde la prestación

- Fotocopia del recorrido del google maps www.maps.google.com.ar firmado por prestador y responsable de la prestación
- En el caso de transporte a escuela común, deberá presentar constancia de alumno regular del beneficiario
- Verificación Técnica vigente durante todo el año que se brinde la prestación

Es responsabilidad del prestador enviar periódicamente a la obra social la actualización de la vigencia de la documentación respaldatoria

- **REQUISITOS PARA TRANSPORTES DE MÁS DE 1.500KM (ANEXO 32)**

- Indicación médica de transporte
- Historia clínica actualizada
- Justificación médica
- Certificación policial del domicilio
- Presupuesto
- Google Maps firmado por prestador y responsable de la prestación
- Planilla FIM, en caso de requerir dependencia

- **Prestaciones de Apoyo (VER ANEXO 25-26)**

Es aquella prestación que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Estas prestaciones deben estar fundamentadas y **tienen que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.**

Se debe contemplar la necesidad de tiempo de descanso, traslados, alimentación y tiempo libre requerido para el apropiado desarrollo de cada propuesta terapéutica y/o educativa

Las prestaciones de Apoyo solicitadas deben coincidir con la discapacidad del afiliado

➤ Las prestaciones de Apoyo son:

- Kinesiología
- Terapia Ocupacional
- Psicología
- Fonoaudiología
- Psicopedagogía
- Psicomotricidad
- Estimulación Intelectual, Visual, Auditiva y del Lenguaje (son brindadas por profesores de Educación Especial con orientación en discapacidad visual, auditiva y/o cognitiva)
- Estimulación Visual
- Estimulación Auditiva
- Estimulación del Lenguaje
- Musicoterapia

- Documentación Requerida:

- Presupuesto

- Plan de Tratamiento
 - Fotocopia legible de Título habilitante
 - Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios Salud
 - Constancia de Alumno Regular de Escuela Común con CUE, en caso de recibir una sola prestación de apoyo
- **Módulo de Tratamiento Integral Intensivo (VER ANEXO 25-26)**
Este módulo comprende la atención de la semana completa (5 días, de lunes a viernes) con más de una especialidad.
 - Documentación Requerida: (se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones):
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento
 - Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
- **Módulo de Tratamiento Integral Simple (VER ANEXO 25-26)**
Este módulo comprende la atención en la semana con una frecuencia menor a los cinco días y con más de una especialidad.
 - Documentación Requerida: (se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones):
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento
 - Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

CADA MÓDULO COMPRENDE LOS SIGUIENTES TIPOS DE ATENCIÓN:

- Fisioterapia-Kinesiología
 - Terapia Ocupacional
 - Psicología
 - Fonoaudiología
 - Psicopedagogía
 - Psicomotricidad
 - Musicoterapia
- **Módulo de Estimulación Temprana (VER ANEXO 25-26)**
Este módulo comprende el proceso terapéutico-educativo que promueve y favorece el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad de 1 a 4 años de edad cronológica.
 - Documentación Requerida: (se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones):
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento

- En caso de profesionales individuales, Fotocopia Título habilitante
- En caso de Instituciones Fotocopia legible de la Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

- **Educación Inicial (ANEXO 25-26)**

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específica elaborada y aprobada para ello

- Prestación Institucional:
 - Escuela Especial Educación Inicial Jornada Simple
 - Escuela Especial Educación Inicial Jornada Doble
 - Categoría del Establecimiento A, B ó C
- Documentación Requerida
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento
 - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Constancia de Alumno Regular

- **Educación General Básica (ANEXO 25-26)**

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente

- Prestación Institucional:
 - Escuela Especial General Básica Jornada Simple
 - Escuela Especial General Básica Jornada Completa
 - Categoría del Establecimiento A, B ó C
- Documentación Requerida
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento
 - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Constancia de Alumno Regular

- **Formación Laboral (VER ANEXO 25-26)**

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático. Debe responder a un programa específico, de duración determinada y aprobada por organismos oficiales competentes en la materia. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 4 años de duración.

- Prestación Institucional:
 - Escuela Especial Formación Laboral Jornada Simple
 - Escuela Especial Formación Laboral Jornada Completa
 - Categoría del Establecimiento A, B ó C
- Documentación Requerida

- Presupuesto y Constancia de Alumno regular
- Plan de tratamiento
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

- **Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (VER ANEXO 25-26)**

Se otorga sólo a alumnos con necesidades educativas especiales **para integrarse en ESCUELA COMÚN**

Implica una carga horaria mínima de 32 horas mensuales

Esta prestación la brinda una institución o equipo categorizado para tal fin

- Documentación Requerida
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento
 - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Constancia de Alumno Regular en Escuela Común
 - Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes:
 - Padre, Madre o Tutor
 - Institución Educativa común
 - Institución que brinda la Integración Escolar

- **Módulo Maestra de Apoyo (VER ANEXO 25-26)**

Se otorga sólo a alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en ESCUELA COMÚN.

Esta prestación sólo puede ser brindada por Psicopedagogos y/o Docentes Especiales con título habilitante

Desde las 32 hs mensuales corresponde Modulo, caso contrario se considerará como valor hora. El profesional que brinde esta prestación NO podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado

- Documentación Requerida
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento
 - Docentes especiales, Título Habilitante
 - Psicopedagogos, Título habilitante e inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Salud
 - Constancia de Alumno Regular de Escuela Común
 - Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes:
 - Padre, Madre o Tutor
 - Institución Educativa común
 - Institución que brinda la Integración Escolar

- **Centro Educativo Terapéutico (VER ANEXO 25-26)**

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodología y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 4 y 24 años de edad

- Prestaciones Institucionales
 - Centro Educativo Terapéutico Jornada Simple
 - Centro Educativo Terapéutico Jornada Completa
 - Categoría del Establecimiento A, B ó C
- Documentación Requerida
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento
 - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

- **Centro de Día (VER ANEXO 25-26)**

Tratamiento ambulatorio con objetivo terapéutico asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad

- Prestación Institucional:
 - Centro de Día Jornada Simple
 - Centro de Día Jornada
 - Categoría del Establecimiento A, B ó C
- Documentación Requerida
 - Presupuesto
 - Plan de tratamiento
 - Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Constancia de Asistencia Mensual

- **Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET
Hogar permanente o de lunes a viernes (VER ANEXO 25-26)**

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) **a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente**

Está dirigido, preferentemente, a la persona cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descritos y, por su mayor grado de dependencia, requieran mayor protección. Será necesario que la institución presente un informe socio-ambiental, a fin de justificar la imposibilidad de contención familiar

- Prestación Institucional:
 - Hogar Permanente Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
 - Hogar Permanente con Centro de Día Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
 - Hogar Permanente con Centro de Educación Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
 - Terapéutica Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C

- Hogar Permanente con Formación Laboral Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
- Hogar Permanente con Pre-Primaria Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
- Hogar Permanente con Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
- Hogar Lunes a Viernes Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
- Hogar Lunes a Viernes con Centro de Día Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
- Hogar Lunes a Viernes con Centro Educativo Terapéutico Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
- Hogar Lunes a Viernes con Formación Laboral Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
- Hogar Lunes a Viernes con Pre-Primaria Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
- Hogar Lunes a Viernes con Primaria y categoría del Establecimiento A, B ó C
- Presupuesto y Plan de tratamiento
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad

MANUAL DE PROCEDIMIENTO – ANEXOS DE FORMULARIOS PARA LAS PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD AÑO 2026

Parte 3

ANEXO 21
CARÁTULA DE INICIO DE TRÁMITE

• **DATOS A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO**

Apellido y Nombre del Beneficiario				
	DNI	CUIL	Fecha de Nac	
Estado Civil	Domicilio Actual Cód Post, Localidad Provincia			
Tipo de Afiliación	Directo () – Monotributista () – Jubilado () – Otro ().....			
GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE				
Nombre y Apellido	Vínculo	Edad	Teléfono de contacto	Correo Electrónico
GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE / RED SOCIAL AMPLIADA				
Nombre y Apellido	Vínculo	Edad	Teléfono de contacto	Correo Electrónico
Nombre de la Empresa, CUIT, Domicilio y Fecha de Ingreso Laboral				

*** POR FAVOR COLOCAR EL PREJIFO DE LA ZONA DE RESIDENCIA E INDICAR SI ES TELÉFONO FIJO O CELULAR.**

***PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA**

<u>Vínculo</u>	<u>Nombre y Apellido</u>	<u>Documento</u>	<u>Registro de Firma</u>
Responsable			
Responsable			

ANEXO 22
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA
(Completar todos los campos)

FECHA:

Apellido y Nombre:

OSPIM Nro. De afiliado:

Fecha de Nacimiento

CUIL:

Diagnóstico (como indica Certificado de Discapacidad)

Antecedentes de Salud significativos:

Parámetros Funcionales Actuales:

Evolución del cuadro clínico de base en el último año:

Medicación:

Prestaciones Solicitadas incluidas en el marco Básico de la SSSalud:

Datos del Profesional tratante

Apellido, Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

**Firma y sello
Profesional tratante**

ANEXO 23 – PLANILLA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (Completar todos los campos)

Nombre y Apellido:
Nro. De Beneficiario
Diagnostico:

F. Nac.:
DNI:

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (Se deben calificar todos los ítems)

ACTIVIDADES		Puntaje
AUTOCUIDADO		
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse, lavarse los dientes)	
3	Baño (Implica aseo de todo el cuerpo en bañera, ducha o baño con esponja en cama)	
4	Vestir parte superior (Implica vestirse de la cintura hacia arriba como colocar prótesis/ortesis)	
5	Vestir parte inferior (Implica vestirse de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, y colocarse prótesis/ortesis)	
6	Uso del baño (Implica mantener la higiene perineal y ajustar ropas antes y después del uso del baño y/o chata)	
CONTRO DE EFÍTERES		
7	Control de intestinos (Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evaluación como sondas, etc....)	
MOVILIDAD		
TRANSFERENCIA		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (Implica pasaje de silla de ruedas a silla, cama y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (Implica sentarse y levantarse del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (Implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
LOCOMOCIÓN		
12	Marcha/silla de ruedas (Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas en caso de no caminar)	
13	Escaleras (Implica subir y bajar escaleras)	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión (Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: escritura, gestos, signos, etc...)	
15	Expresión (Implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
CONEXIÓN		
16	Interacción social (Implica habilidades relacionadas de entendimiento, relación y participación con el otro,. Respeto de límites, normas y encuadre)	
17	Resolución de problemas (Implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
PUNTAJE TOTAL		

PUNTAJE	
Independiente	Dependiente
Independiente Total 7 puntos	Sólo requiere supervisión 5 puntos
Independiente con adaptaciones 6 puntos	Sólo requiere mínima asistencia (el sujeto aporta 75% o más) 4 puntos
	Requiere asistencia moderada (el sujeto aporta el 50% o más) 3 puntos
	Requiere asistencia máxima (el sujeto aporta 25% o más) 2 puntos
	Requiere asistencia total (el sujeto aporta menos del 25%) 1 punto
	Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o si necesita dos ayudantes 1 punto

JUSTIFICACIÓN ADICIONAL POR DEPENDENCIA: Escribir en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente:

Firma, sello de Profesionales Intervinientes:

Teléfono de contacto y correo electrónico:

ANEXO 24 - EJEMPLOS DE ÓRDENES MÉDICAS

<p>Apellido y Nombre: Gómez, JuanaDNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Psicopedagogía 2 sesionessemanales</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2026</p> <p>Fecha: 22/12/2025</p> <p>Firma y Sello delMédico Tratante</p> <p>* 3</p>	<p>Apellido y Nombre: Rumez, AlmaDNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Integral Intensivo en: Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana Terapia Ocupacional 2 sesiones por semana</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2026</p> <p>Fecha: 22/12/2025</p> <p>Firma y Sello delMédico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Peli, JoséDNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Integral Simple en:Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2026</p> <p>Fecha: 22/12/2025</p> <p>Firma y Sello delMédico Tratante</p>
<p>Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliadoDiagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), traslado de domicilio a Escuela Especial y/o Común Debe indicar que si no puede utilizar transporte publico</p> <p>*1 *3</p> <p>Período: Marzo a Diciembre 2026</p> <p>Fecha: 22/12/2025 Firmay Sello del MédicoTratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliadoDiagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito Escuela Especial Primaria,jornada simple</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2026</p> <p>*2</p> <p>Fecha: 22/12/2025</p> <p>Firma y Sello delMédico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliadoDiagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), traslado de domicilio a terapias de rehabilitación</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2026</p> <p>Debe indicar que si no puede utilizar transporte publico</p> <p>*1</p> <p>Fecha: 22/12/2025 Firma y Sello delMédico Tratante</p>

***1** Indicar la dependencia si corresponde

***2:** Para escolaridad en escuela especial y/o Integración Escolar, la matrícula se incluye agregando el mes de febrero

***3** Para esta prestación se debe presentar constancia de alumno regular si concurre a Escuela Común, Nombre completo del Establecimiento, Número deCUE, Domicilio, Teléfono y Mail del mismo

<p>Apellido y Nombre: Terry, Flores DNI: 40.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Maestra de Apoyo Período: Marzo a Diciembre 2026</p> <p>Fecha: 22/12/2025</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p> <p>*3</p>	<p>Apellido y Nombre: Carrera, Cristina DNI: 44.123.456 OSPIM nro. De afiliado</p> <p>Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Apoyo a la Integración Escolar</p> <p>Período: Marzo a Diciembre 2026</p> <p>Fecha: 22/12/2025</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p> <p>*2 *3</p>
<p>Apellido y Nombre: Helguera, Jacinta DNI: 39.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Retraso Mental Moderado. Hipoacusia</p> <p>Indicación Médica: Solicito Centro Educativo Terapéutico, Jornada simple Período: Enero a Diciembre 2026</p> <p>Fecha: 22/12/2025</p> <p>*1 Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Crisol, Eugenia DNI: 51.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo de Estimulación Temprana Período: Febrero a Diciembre 2026</p> <p>Fecha: 22/12/2025</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p>
<p>Apellido y Nombre: Pristez, Jacinta DNI: 38.123.456 OSPIM nro. De afiliado</p> <p>Diagnóstico: Retraso Mental Severo. TGD.</p> <p>Autismo Indicación Médica: Solicito Hogar Permanente Período: Enero a Diciembre 2026 Fecha: 22/12/2025</p> <p>*1 Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Ortega, Julieta DNI: 37.129.576 OSPIM nro. De afiliado</p> <p>Diagnóstico: Retraso Mental Leve Indicación Médica: Solicito: Formación laboral, Jornada doble Período: Febrero a Diciembre 2026 Fecha: 22/12/2025</p> <p>*1 Firma y Sello del Médico Tratante</p>

* 1 Indicar si corresponde la dependencia

*2: Para escolaridad en escuela especial u/o Integración Escolar, la matrícula se incluye agregando el mes de febrero

*3 Para esta prestación se debe presentar constancia de alumno regular si concurre a Escuela Común, Nombre completo del Establecimiento, Número de CUE, Domicilio, Teléfono y Mail del mismo

ANEXO III CONFORMIDAD PRESTACIONAL.

Fecha:...../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que en la continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2. Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3. Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4. Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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 detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

ANEXO III CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

DNI:

Yo con
Documento Tipo (.....) N° doy mi conformidad al diagrama de traslados por el
período:
Desde hasta

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279y
sus modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene
carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, 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:.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279y
sus modificatorias La información proporcionada en el presente documento tiene
carácter de Declaración Jurada.

PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2026

Fecha de Emisión:

Razón social del **PRESTADOR**:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de

contacto:

Teléfono:

Apellido y Nombre del

BENEFICIARIO:

DNI del **Beneficiario**:

Teléfono:

Correo electrónico:

Prestación a brindar y modalidad:

Tipo de jornada a realizar:

Categoría:

Período: Desde:

Hasta:

En caso de corresponder: Almuerzo: Sí – No

Dependencia: Sí - No

Monto Mensual:

Matrícula Anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por Sesión:

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

PRESUPUESTO TRANSPORTE 2026

Fecha de Emisión:

Razón social del **PRESTADOR**:

CUIT:

Mail de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

DNI del Beneficiario:

Teléfono:

Período desde:

hasta:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del Km:

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km. Diario por viaje (ida y vuelta)	Km. Mensual por viaje (ida y vuelta)	Importe diario	Importe mensual
1						
2						
3						
4						
5						

Km Totales:

Importe Total:

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						
4						
5						

Firma y Aclaración del Transportista

ANEXO 28

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO/INICIO DE TRATAMIENTO

(Resaltar modalidad correspondiente y Completar todos los campos)

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI: _____ Fecha de Nac _____/_____/_____

Diagnóstico:

Fecha de Informe:

-Informe de Evaluación Inicial/Final:

-Objetivos Generales y Específicos:

-Plan de tratamiento individual con modalidad y estrategias de intervención para el logro de objetivos:

Nombre y Apellido del Profesional: _____

Domicilio donde se brinda la prestación: _____

Teléfono del Prestador: _____

Correo Electrónico del Prestador: _____

Firma y Sello del Profesional Tratante:

ANEXO 29
ACTA DE ACUERDO
MAESTRA DE APOYO / INTEGRACION ESCOLAR
(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión:

En el día de la fecha, en la ciudad dese establece el presente acuerdo entre la Escuela..... con domicilio sito en representada por....., la Maestra de Apoyo/el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por..... y la familia del alumno/a.....con DNI.....representado/a por..... para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año Sala/Grado/Año..... turno.....en los días y horarios Periodo.....

La Institución educativa y el/la Maestra/o de Apoyo/Equipo Integrador se comprometen a:

- ✓ Atender al/a la alumno/a según necesidades vinculadas a su educación
- ✓ Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptaciones Curriculares
- ✓ Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- ✓ Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- ✓ Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje
- ✓ Compartir el seguimiento del proceso de Integración y Promoción.
- ✓ Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- ✓ Hacer que el/la alumna/o mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de Integración.

Firma y Sello de la Escuela Común donde se realiza la Integración:

Aclaración:.....

Firma del Padre/Madre o Tutor:

Aclaración:.....

Firma y Sello de Maestra/o de Apoyo / Equipo Integrador:

Aclaración:

ANEXO 30

**Nota Solicitud de cambio/Baja de Prestador /Suspensión temporaria
(Completar todos los campos)**

Fecha:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI/LC/LE:

Por medio de la presente deajo constancia del requerimiento de la baja de la prestación

De _____

A cargo de _____

A partir del día _____

Solicito nueva alta de dicha prestación a cargo del Profesional y/o Institución

**Sujeta la fecha del inicio de la nueva profesional/institución a la autorización de la
Auditoría de Discapacidad de la Obra Social OSPIM**

Firma _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vinculo: _____

Teléfono: _____

Mail de Contacto: _____

**ANEXO 31
INFORMACION BANCARIA DEL PRESTADOR/CBU**

***Razón Social o Nombre y Apellido del Prestador**

.....

***Nro. De Cuit (Coincidente con la Facturación)**

.....

***Nro. De Cuenta Corriente o Caja de Ahorro:**

***Entidad Bancaria:**

***CBU – Clave Bancaria Uniforme (Correspondiente al Cuit de la Facturación)**

.....

***Dirección de Mail Contacto:**

.....

***Firma:**

***Aclaración:**

***Tipo y Nro. De DNI:**

***Fecha:**

RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU IMPRESO DEL BANCO. YA QUE EL UNICO MEDIO DE PAGO POR EL MECANISMO DE INTEGRACION SERA TRANSFERENCIA BANCARIA

ANEXO 32

**JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE
MAS DE 1500 KM**

Fecha:

Apellido y Nombre:

DNI:

Diagnóstico:

Justificación Médica de la solicitud de transporte:

Firma y sello de Profesional interviniente

Teléfono de contacto y mail: