

PAUTAS GENERALES INICIO DE PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD AÑO 2025

ANEXO I

El presente escrito tiene como objetivo enunciar los pasos necesarios para continuar con un trámite por tratamientos para personas con certificado de discapacidad. Los mismos son indispensables para la gestión de la autorización.

La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el Nomenclador vigente de Prestaciones Básicas de discapacidad dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud.

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: **1144314791 / 4089** los días lunes, miércoles y viernes de 9:15 a 13hs o en la Delegación correspondiente al beneficiario

Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2025.

EL ENVIO DE DOCUMENTACION DEBE SER EN FORMA DIGITAL (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. Debe solicitar la AUTORIZACION DE OSPIM CENTRAL, antes del comienzo del tratamiento (sin excepción)

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 del google drive o la aplicaciones del celular como CamScan u otras)
3. Cada archivo debe tener el título de referencia (si es CUD, DNI del titular o beneficiario, informe final, plan de tratamiento, planilla de asistencia, presupuesto, etc....) Se adjunta listado con orientación de cómo nombrar cada archivo
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:

- **Fotocopia Certificado Único de Discapacidad (CUD):** (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 2025:** la misma debe incluir nro de **CUE** de la escuela.
- **Indicación Médica 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:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. **(ANEXO 28) Puede ser en el formato del profesional**
- **Informe evolutivo de la prestación,** en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. **(ANEXO 28) Puede ser en el formato del profesional**
- **Plan de abordaje individual,** en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos. **(ANEXO 28) Puede ser en el formato del profesional**
- **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 Lic. en Terapia Ocupacional y **el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran 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 y/o Lic. en

Terapia Ocupacional según corresponda e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

- **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.**
- **Constancia de CUIT.**
- **Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.**
 - **Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.**

DOCUMENTACION ESPECIFICA POR PRESTACION:

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

- Constancia de alumno regular con número de CUE
- Acta acuerdo (**ANEXO 29**) firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.
- Informe evolutivo de mitad de año (a mediados del ciclo escolar)

Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar:

Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

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**
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- 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 la AFIP, planilla de asistencia según corresponda firmada por el responsable y profesional, en formato PDF, VIA MAIL A 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

