



obra social para la actividad docente

Manual de Procedimiento

Instructivo para Beneficiarios

Trámites 2025

**Recepción a partir del día
1 de Noviembre de 2024 al
30 de Abril 2025**

**Los expedientes posteriores a esa fecha se autorizarán
por el período de ingreso a la DIRECCIÓN DE DISCAPACIDAD**

Toda la documentación requerida por la DIRECCION DE DISCAPACIDAD de OSPLAD se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud y Ministerios de Salud de la Nación.

Dirección de Discapacidad
2025

Guía para Beneficiarios

- Para la gestión del Expediente por Discapacidad se encuentra a disposición la plataforma online **www.osplad.org.ar**
- La documentación respaldatoria requerida, el beneficiario y/o el familiar responsable / tutor deberá ser enviada a contacto: **discapacidad@osplad.org.ar**

La documentación firmada en forma HOLOGRÁFICA, ELECTRÓNICA O DIGITAL, DEBE SER ENVIADA EN UN SOLO ARCHIVO EN PDF

**NO SE ACEPTAN FOTOS DE WHATSAPP-ARCHIVO JPG O SIMILAR.
Serán rechazados en forma inmediata**

- Controle que los formularios requeridos estén confeccionados según las instrucciones que se detallan en el presente Manual de Procedimientos. No deben poseer tachaduras ni enmiendas.
- Sólo pueden iniciarse trámites por la Dirección de Discapacidad **beneficiarios mayores a un (1) año de edad**, ya que la cobertura hasta esa edad es a través de PMO.
- Las prestaciones serán cubiertas ÚNICAMENTE por el periodo de VALIDEZ DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.
- Todas las prestaciones autorizadas por la Obra Social, se encuentran sujetas a Auditoría de Terreno y evaluación permanente de las mismas, por parte del Equipo Interdisciplinario de OSPLAD.

No se Tramitan Prestaciones por la Dirección De Discapacidad:

- **Geriátrico:** Los casos de EXCEPCIÓN, serán analizados por la **DIRECCIÓN DE ACCIÓN SOCIAL Teléfono 5246-5125 o servicio.social@osplad.org.ar**

- **Trastornos De Alimentación/Drogadependencia:** serán tramitados por la **DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL: direccion.saludmental@osplad.org.ar**

- **Medicamentos/Insumos/Pañales:** **expedientes@osplad.org.ar**

- **Prestaciones de Media-Baja-Alta Complejidad:** **autorizaciones@osplad.org.ar**

- **Audifonos:** **expedientes@osplad.org.ar**

- **Estudios de Diagnóstico-Laboratorio:** **autorizaciones@osplad.org.ar**

- **Internaciones Domiciliarias:** **Internaciones@osplad.org.ar**

RECLAMOS DE PAGOS Y TRAMITACIÓN DE FACTURAS:

- **reclamos.pagos@osplad.org.ar**

- **facturaciones.discapacidad@gmail.com**

- **Reintegros:** Dirección de Presupuestos y control de gastos

Índice

● Objetivo	pág. 5
● Lineamientos Generales	pág. 5
● Alta Subsidio	pág. 5
● Alta, Modificación y Renovación de Prestaciones	pág. 6
● Apoyo a la Integración escolar y Maestro de Apoyo	pág. 6
● Terapias Ambulatorias	pág. 7
● Prestación de Apoyo	pág. 8
● Módulos de Atención Ambulatoria	pág. 8
● Otras Prestaciones (excluye Transporte)	pág. 9
● Hospital de Día	pág. 9
● Estimulación Temprana	pág. 9
● Educación Inicial / Pre-Primaria	pág. 10
● Educación General Básica / Primaria	pág. 10
● Formación Laboral	pág. 10
● Centro Educativo Terapéutico	pág. 10
● Centro de Día	pág. 10
● Hogares	pág. 11
● Internación en Rehabilitación	pág. 11
● Transporte	pág. 12
● Dependencia	pág. 14
● Seguimiento semestral	pág. 14
● Cambio de Prestador y/o de la situación del beneficiario	pág. 14
● Reclamo de documentación faltante, incompleta o incorrecta	pág. 15
● Ayudas Técnicas	pág. 15
● Formularios discapacidad:	
● Planilla de toma de Medidas Solicitud de Prestaciones	pág. 17
● Términos y condiciones para la Provisión de insumos y ayudas técnicas	pág. 18
● Planilla de Solicitud de Prestaciones	pág. 19
● Planilla de Conformidad Prestación de Discapacidad	pág. 20
● Presupuesto para Inicial- egb- Aprestamiento Laboral	pág. 21
● Formación Laboral- cet- Centro de Día- Hogares	
● Presupuesto de Prestaciones de Estimulación Temprana	pág. 22
● Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones	pág. 23
● Maestra de Apoyo	pág. 24
● Equipo de apoyo para la integración escolar	pág. 25
● Acta de Acuerdo Apoyo a la Integración Escolar	pág. 27
● Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad	pág. 28
● Solicitud de Anexo de transporte	pág. 29
● Formulario Declaración Jurada de Transporte	pág. 30
● Modelo de Plan de Trabajo Instituciones/ Profesionales	pág. 31
● Medida de Independencia Funcional - Año 2023 (FIM)	pág. 32
● Planilla de Datos Sociofamiliares	pág. 33
● Resumen de Historia Clínica	pág. 34
● Solicitud de Cambio de Prestador	pág. 35
● Modelo Nota de Solicitud de Abandono de Tratamiento	pág. 36
● Ficha del Prestador de Discapacidad	pág. 37
● Cronograma de Actividades - Discapacidad	pág. 38

Índice

● Modelos de indicaciones médicas:	
● Prestación de Apoyo (terapia única)	pág. 39
● Rehabilitación (interdisciplinaria, dos o más terapias)	pág. 39
● Maestro de Apoyo	pág. 39
● Módulo apoyo a la Integración escolar (EQUIPO)	pág. 40
● Transporte	pág. 40
● Prestaciones Educativas	pág. 40
● Estimulación Temprana	pág. 41
● Hogar Permanente con CD/CET con o sin dependencia	pág. 41
● Escuela Especial - Centro Educativo Terapéutico	pág. 41
● Formación Laboral - Aprestamiento Laboral	

1. OBJETIVO

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un subsidio por discapacidad.

2. LINEAMIENTOS GENERALES:

- Se emitirá autorización por Subsidio por Discapacidad en caso de solicitarse la cobertura de alguna de las modalidades comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
- La presentación debe realizarse con anterioridad al inicio de la prestación. No se emitirán autorizaciones cuya retroactividad exceda los plazos de presentación habilitados por el proceso de INTEGRACIÓN.
- Toda modificación debe notificarse dentro de los 30 días posteriores de producida la misma.
- Sólo puede iniciarse trámite de Subsidio por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad.
- Toda la documentación requerida para solicitar el alta de un Subsidio por Discapacidad debe presentarse **sin enmiendas, tachaduras, correcciones, y/o letra, en tinta NEGRA**. La misma está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales.

3. ALTA SUBSIDIO:

discapacidad@osplad.org.ar

3.1 Certificado de Discapacidad vigente

- El certificado debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3- Ley 22.431/87) y debe encontrarse vigente al momento de la solicitud.
- **NO será válida la gestión de Subsidio por Discapacidad sólo con la constancia del turno obtenido** para tramitar el Certificado de Discapacidad.
- En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, anexar copia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad, pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

3.2 Formulario DE SOLICITUD DE PRESTACIONES FORM 003:

- Información del Beneficiario completo en su totalidad por el beneficiario / familiar responsable / tutor.

3.3 Formulario de PLANILLA DE DATOS SOCIOFAMILIARES FORM 0019

3.4 Formulario Consulta <https://www.anses.gov.ar/consulta/obra-social-codem>

4. ALTA, MODIFICACIÓN Y/O RENOVACIÓN DE PRESTACIONES:

4.1 Apoyo a la Integración Escolar y Maestro de Apoyo

Periodo de solicitud: **Prestación Educativa - Año calendario -**

4.1.1 - Apoyo a la Integración Escolar (AIE) – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin.

- Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente)** hasta la finalización del nivel de educación secundaria.
- De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.
- **El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.**
- Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar:
 - **Instituciones categorizadas para la modalidad AIE.**
 - CET con Integración Escolar.
 - Instituciones categorizadas para las modalidades Educación Inicial / Pre primaria y Educación General Básica / Primaria.

4.1.2 - Maestro de Apoyo – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

- Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente)** hasta la finalización del nivel de educación secundaria.
- De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.
- **El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora.**

Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo:

- Profesionales acordes a la discapacidad del beneficiario, preferentemente con formación docente especial/licenciada en educación o Psicopedagogo.
- **El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.**

Documentación para Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo (4.1)

Trámite I – Solicitud

- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante – Año calendario
VER MODELO FORMULARIOS DE INDICACIONES MÉDICAS
- Resumen de Historia Clínica, firmada por el médico tratante **FORMULARIO 0020**
- Conformidad de la prestación firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Res. 1731/21 SSSalud – **FORMULARIO 004**)
- **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.
- **Informe evolutivo de la prestación:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.
- CONSTANCIA DE MATRICULACIÓN Y/O ALUMNO REGULAR (**debe indicar el número de CUE**).
- Presupuesto prestacional: AIE (**FORMULARIO 0013**) y Maestro de Apoyo (**FORMULARIO 0012**).
- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario **tesorería@osplad.org.ar**
- Plan de abordaje individual: con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional / equipo tratante. **FORMULARIO 0017**
- **En el caso del Apoyo a la Integración Escolar: Categorización e 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 (SNR /ANDIS).**
- **En el caso de Maestro de Apoyo: título habilitante y certificado analítico de materias.**

Trámite 2 – OBLIGATORIO - Documentación Complementaria (dentro de los 60 días de iniciado el Ciclo Lectivo)

- Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo correspondiente (debe indicar el número de CUE).
- Acta Acuerdo firmada por familiar responsable / tutor, directivo de la escuela y profesional / equipo tratante.

4.2 – Terapias Ambulatorias

Periodo de solicitud: **Año calendario**

4.2.1 - Prestaciones de Apoyo– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Se entiende por prestaciones de apoyo a aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal (se excluye como prestación principal a los módulos de Atención Ambulatoria, Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo y Transporte Especial).

- El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en alguna de las otras modalidades previstas.
- Carga horaria mínima por sesión: **45 minutos.**

4.2.2 - Módulos de Atención Ambulatoria– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Cuando el beneficiario requiera una mayor carga horaria de atención por sesiones, se reconocerá la modalidad como Atención Ambulatoria:

- **Tratamiento Integral Intensivo:** comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes)
- **Tratamiento Integral Simple:** cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales.

Documentación para Terapias Ambulatorias (4.2)

Trámite 1 – Solicitud

- Resumen de Historia Clínica, firmado por el médico tratante. **FORMULARIO 0020**
- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante. **VER MODELO FORMULARIOS DE INDICACIONES MÉDICAS**
- Conformidad de la prestación firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Res. 1731/21 SSSalud – **FORMULARIO 004**)
- 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.

- *Informe evolutivo de la prestación: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.*
- *Presupuesto prestacional - **FORMULARIO 0011***
- *Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **tesorería@osplad.org.ar***
- *Plan de abordaje individual: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención. **FORMULARIO 0017***

RNP / Título habilitante:

- **Prestación brindada por instituciones:** constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la SSSalud (RNP).
- **Prestación brindada por profesionales:** título habilitante. Los kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Musicoterapeutas, Terapistas Ocupacionales, Psicopedagogos y Psicomotricistas egresados de una universidad, deberán además remitir la Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP).

4.3 – Otras Prestaciones (excluye Transporte)

Periodo de solicitud: **Año calendario**

4.3.1 - Hospital de Día- (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación.

- **No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos.**

4.3.2 - Estimulación Temprana- (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Periodo de solicitud: **Año calendario**

Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a beneficiarios de **1 a 4 años de edad** cronológica y eventualmente hasta los 6 años.

- Carga horaria mínima por sesión: **45 minutos.**

4.3.3 - Educación Inicial / Escolaridad Pre-Primaria– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Periodo de solicitud: **Año calendario**

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 específicamente elaborada.

4.3.4 - Educación Gral Básica / Escolaridad Primaria –(Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Periodo de solicitud: **Año calendario**

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.

4.3.5 - Formación Laboral – Aprestamiento Laboral (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Periodo de solicitud: **Año calendario**

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 y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobada por organismos oficiales competentes en la materia.

4.3.6 - Centro Educativo Terapéutico – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud: **Año calendario**

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías 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.

4.3.7 - Centro de Día – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud: **Año calendario**

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

4.3.8 - Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, Pequeño Hogar, permanente o de lunes a viernes. (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud: **Año calendario**

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 las personas cuya discapacidad y nivel de auto-valimiento e independencia sea difícil de lograr a través de los otros sistemas descritos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

Se requiere:

- **Prescripción médica de la prestación**, firmada por el médico tratante y adecuadamente fundamentada: el médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar. Asimismo, en caso que el beneficiario tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.
- **Informe Socio-ambiental**: que avale la necesidad del módulo Hogar, confeccionado por Trabajador Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

4.3.9 - Internación en Rehabilitación– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Periodo de solicitud: **Año calendario**

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de un proceso de **duración limitada y con objetivos definidos**, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario.

La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.

Documentación para Otras Prestaciones (4.3)

- Resumen de Historia Clínica, firmado por el médico tratante. **FORMULARIO 0020**
- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante y adecuadamente fundamentada **VER MODELO DE INDICACIONES MÉDICAS**
- Conformidad de la prestación firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Res. 1731/21 SSSalud – **FORMULARIO 004**)

- **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.
- **Informe evolutivo de la prestación:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.
- **Plan de abordaje individual:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención.
- Presupuesto prestacional
- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **tesorería@osplad.org.ar**
- Informe confeccionado por trabajador social – Hogares
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la SSSalud (RNP) o SNR/ANDIS según corresponda
- Dependencia - se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional (**FORM 0018 puntaje y justificación**) y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

4.4 – TRANSPORTE – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud:

- TRANSPORTE A INSTITUCION EDUCATIVA: **Año Calendario**
- TRANSPORTE A OTRAS INSTITUCIONES: **Hasta 12 meses - año aniversario** (puede no coincidir con año calendario) **
- TRANSPORTE A TRATAMIENTOS: **Hasta 12 meses - año aniversario** (puede no coincidir con año calendario)**

(**) De NO coincidir con el periodo de la prestación de destino, podrá solicitarse acreditación de la misma

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. **Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art 22 inc a).**

- No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino.

- De acuerdo a Res. 1192/15 MS, **la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georreferenciación utilizado**, y será abonada por mes entero. Dicha prestación, considerada modular, estará sujeta a débito cuando el servicio sea prestado en menos de un 80 % del periodo en cuestión. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos en el módulo los días del receso invernal.
- **La cobertura se brindará hasta un total de 1500 km mensuales, entre todos los destinos**; pudiendo OSPLAD, requerir la derivación a otro establecimiento de igual calidad prestacional, más cercano a su domicilio, así como re-pautar la frecuencia de asistencia, los cronogramas de tratamiento y/o solicitar un informe médico (sujeto a evaluación), el cual deberá avalar:
 1. La necesidad de concurrencia al establecimiento y/o prestador seleccionado y la frecuencia de asistencia que motive dicho requerimiento.
 2. La falta de un prestador categorizado y de igual calidad prestacional más cercano a su domicilio.

. La incidencia de las distancias, en el cuadro y evolución del beneficiario.

Documentación para Transporte Especial (4.4)

- **Resumen de Historia Clínica**, firmado por el médico tratante.
- **Prescripción médica de la prestación**, firmada por el médico tratante.
- **Conformidad del transporte** firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Res. 1731/21 SSSalud – ANEXO II). (**FORM 004**)
- Certificación del domicilio del beneficiario, emitido por autoridad competente.
- Presupuesto con el diagrama de los traslados, indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje (**FORM 0015**) y constancia del programa de georreferenciación que acredite la distancia recorrida.
- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación Presentada. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **info.tesorería@osplad.org.ar**
- Habilitación y/o póliza vigente donde conste que el vehículo está habilitado para el transporte de pasajeros (no uso particular), licencia de conducir y Verificación Técnica Vehicular.
- 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 y/o Lic. en Terapia Ocupacional (**FORM 0018 puntaje y justificación**) e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

5. DEPENDENCIA

El **Índice de Independencia Funcional (FIM)** no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia, en los casos en que se encuentre debidamente justificado, para las siguientes modalidades:

- **Centro de Día**
- **Centro Educativo Terapéutico**
- **Hogar**
- **Hogar con Centro de Día**
- **Hogar con Centro Educativo Terapéutico**
- **Transporte Especial** (solo para beneficiarios desde los 6 años – SIN EXCEPCIÓN).

Documentación requerida

- 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 brindarán conforme al plan de abordaje individual. **(FORM 0018 puntaje y justificación)**
- En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte (beneficiarios + 6 años) se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran. **(FORM 0018 puntaje y justificación)**

6. SEGUIMIENTO SEMESTRAL

- A los 6 meses de iniciada la prestación, se debe adjuntar un “Informe de seguimiento semestral” de la prestación brindada, confeccionado por el profesional o institución tratante. Ante esta presentación se prorrogará la autorización oportunamente emitida.
- Para el caso de continuidad de Transporte, se debe adjuntar el “Informe de seguimiento semestral” correspondiente a la prestación destinataria del traslado.
- **El INCUMPLIMIENTO del mismo implica la suspensión** de la autorización (AD) emitida.

7. CAMBIO DE PRESTADOR Y/O DE LA SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con Subsidio por Discapacidad ya otorgado, la documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad:

Cambio /Baja

- Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio (**FORM 0021**)
- Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.

Casos de fallecimiento del beneficiario causante

- Nota del familiar o responsable del beneficiario titular informando la fecha de la defunción y la de finalización del tratamiento.
- Certificado de defunción

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida. **FORM 0026**

8. RECLAMO DE DOCUMENTACIÓN FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA

En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente. Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación al correo electrónico declarado por el beneficiario titular en la plataforma online de la Obra Social y/o a la delegación de cabecera de acuerdo a la forma de gestión del Expediente, debiendo cumplimentarse a la mayor brevedad posible a fin de darle curso correspondiente al expediente.

9. AYUDAS TÉCNICAS:

OSPLAD cubrirá las AYUDAS TÉCNICAS previstas en el PMO.

Las ayudas técnicas de ALTO COSTO, serán evaluadas por el equipo interdisciplinario en conjunto con la Gerencia de Prestaciones Médicas- Presupuestos

Documentación

- Prescripción médicas: El profesional solicitantes debe indicar DESCRIPCIÓN detallada de la ayuda técnica requerida, sin sugerir MARCA- ORTOPEDIA-
- Certificado de Discapacidad
- Resumen de Historia clínica, firmada por el médico tratante **FORM 0020**
- Solicitud Prestaciones **FORM 003**

- *Planilla de toma de medidas* **FORM 001**
- *Términos y condiciones para la provisión de insumos y ayudas técnicas* **FORM 002**
- *Planilla de Medidas de independencia funcional (FIM)* **FORM 0018**
- *Planilla de datos socio familiares* **FORM 0019**
- **Las ayudas técnicas se entregan bajo la modalidad de comodato.**

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-001
2025

Planilla de Toma de Medidas

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° de beneficiario - CUIL Fecha de Nacimiento Tel.

Localidad Provincia

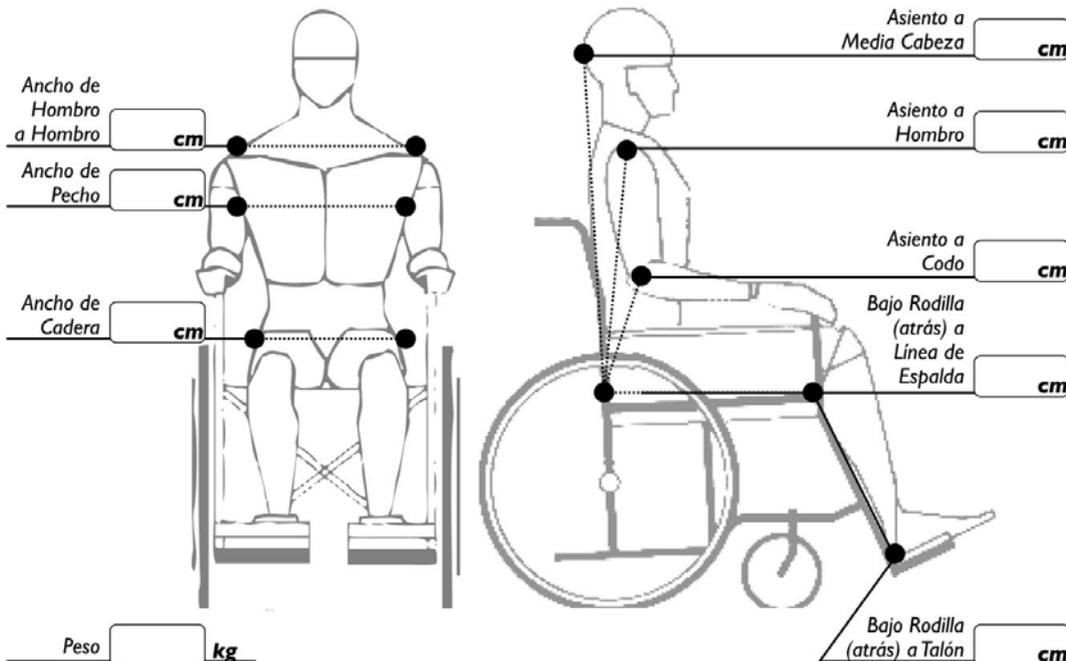
Datos de la Prestación

Equipamiento

Médico Prescriptor

Características

Apoya Cabeza <input type="checkbox"/>	Soporte lateral de Caderas <input type="checkbox"/>	Soporte lateral de Tronco <input type="checkbox"/>
Cinturón <input type="checkbox"/>	Abductor de Piernas <input type="checkbox"/>	Chiripá <input type="checkbox"/>
Cinturones por Hombro <input type="checkbox"/>	Arnés por Entrepierna <input type="checkbox"/>	Chaleco de Sujeción <input type="checkbox"/>
Ruedas Antivuelco <input type="checkbox"/>	Sujeción de Empeine <input type="checkbox"/>	Almohadón <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>		



Firma, Aclaración y Sello

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-002
2025



Términos y condiciones para la provisión de insumos y ayudas técnicas

La Obra Social Para La Actividad Docente, a través de su respectiva Área de Discapacidad, proveerá, previo análisis de la condición de salud de cada afiliado (acreditada mediante Cert. Único de Discapacidad y Resumen de Historia Clínica actualizados), de los elementos ortopédicos que fuesen requeridos por los profesionales tratantes. Para lo cual, tanto los afiliados como sus familiares a cargo deberán previamente aceptar los puntos a continuación señalados:

1. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica autorizados al afiliado son propiedad de OSPLAD, y por lo tanto se entregan en carácter de COMODATO, y por el plazo en que la condición de salud del afiliado amerite el uso de los mismos.
2. El afiliado y/o familiar a cargo del mismo deberá realizar un uso correcto del elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado, preservándolo de roturas o daños de todo tipo, excepto por el desgaste propio que éstos y/o que sus componentes presenten normalmente.
3. Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, todo daño sobre el material entregado que NO ocurra en un tiempo esperado de uso, deberá ser reparado haciendo uso de la garantía que el mismo presenta, quedando exento OSPLAD de cubrir la reparación del mismo.
4. Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, tanto la pérdida y/o sustracción del material entregado, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.
5. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica que por diversas circunstancias no sea utilizado por el afiliado, deberá ser devuelto a OSPLAD, de acuerdo a lo observado en punto 1.
6. OSPLAD se obliga a entregar los elementos autorizados, ya sea en su sede y/o en una ortopedia y/o donde lo indique. La totalidad de los gastos y cualquier responsabilidad que eventualmente genere, tanto el retiro de los mismos, como su devolución, son por cuenta exclusiva y total del afiliado y/o familiar a cargo.
7. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado por OSPLAD, cumpliendo las especificaciones del pedido conforme a la documentación recibida en la Obra Social, y que por responsabilidad del afiliado (y/o familiar a cargo), del médico prescriptor, o de la empresa proveedora del mismo no cumpla con las características acordadas para su uso, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.
8. Los términos Y/O condiciones para la Provisión de Ayudas Técnicas: Los insumos y ayudas técnicas son entregados al beneficiario en comodato.

Quien suscribe,, con DNI

Y en carácter de, presto conformidad con los
(Afiliado Titular o familiar a cargo)

puntos enunciados, a los días del mes de de 20

Firma

Aclaración

Insumo entregado:

Afiliado a quién representa (en caso de ser familiar a cargo):

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-003
2025

Solicitud de Prestaciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar y fecha

Señor Presidente de la Obra Social para la Actividad Docente

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el propósito de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos/ adquisición de

Para tal fin, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

Datos del beneficiario con discapacidad

Nombre y Apellido Edad

Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento

Estado Civil Domicilio de residencia actual

Ciudad Provincia CP

Email Escolarizado Sí No

Teléfono DNI N° Celular

N° de Afiliado /CUIL Tipo de Afiliación: Rel. de dependencia Monotributista - Personal doméstico Adherente

Grado de parentesco con el titular

Datos del Beneficiario Titular

Nombre y Apellido N° de Afiliado /CUIL

Domicilio de residencia actual

Ciudad Provincia CP

N° DNI Teléfono

Email

Declaro que los datos volcados en el presente formulario son exactos y revisten carácter de **Declaración Jurada**.

Firma del Titular Firma del Beneficiario
(o firma de los padres si el beneficiario-paciente es menor de edad)

Aclaración Aclaración

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-004

2025

Planilla de Conformidad Prestación de Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido N° Afiliado

Yo con Documento Tipo N°

doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Datos de la Prestación

Prestación

Prestador

Período de la Prestación Desde Hasta Año

Firma:

Aclaración

Domicilio

Si el firmante no es la persona con Discapacidad

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

Tipo y N° de Documento

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-008
2025

Presupuesto para Inicial- EGB- Aprestamiento Laboral Formación Laboral- CET- Centro de Día- Hogares

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar

Tipo de jornada a realizar Simple Doble Reducida Permanente Categoría A B C

Incluye almuerzo Si No Incluye Dependencia Si No

Monto Mensual \$ Período Desde Hasta Año 2025

Matricula \$

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes martes miércoles jueves viernes sábado**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
de la Institución/ Prestador

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0010
2025

Presupuesto de Prestaciones de Estimulación Temprana

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por:
(indicar parentesco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Período Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales Monto por Sesión (Si es la única prestación) \$

Monto Mensual \$ Monto del Módulo (Si es brindada por equipo) \$

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**
Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Terapia

Terapia

Terapia

Firma, Aclaración y Sello del
Profesional

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0011
2025

Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por:
(indicar parentesco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales Monto por Sesión \$ Monto Mensual \$

Valor del Módulo \$

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Terapia

Terapia

Terapia

Firma y Sello
Aclaración / Institución

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0012
2025

Maestra de apoyo

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Constancia de alumno regular CUE

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Maestra de Apoyo**

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Actividad (Maestra de Apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela

Días y horarios **lunes martes miércoles jueves viernes**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
del Profesional

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0013-FRENTE
2025

Equipo de apoyo para la integración escolar

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Período Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Constancia de alumno regular con CUE

Datos del Prestador

Nombre

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Actividad Aulica

Nombre del profesional que realiza la actividad:

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela:

Sita en la Calle N° de la ciudad de

Días y horarios **lunes martes miércoles jueves viernes**

Desde

Hasta

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0013-DORSO
2025

Equipo de apoyo para la integración escolar

Completar todos los campos del Formulario

Actividad Extra Aulica

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle N°
de la ciudad de

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde _____

Hasta _____

Conformación del equipo AIE

1 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

2 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

3 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

Firma, Aclaración y Sello
del Representante del Equipo

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0014
2025

Acta de Acuerdo Apoyo a la Integración Escolar

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

En el día de la fecha, en la ciudad de se establece

el presente acuerdo entre la Escuela

con N° CUE (Código único de Establecimiento) y con domicilio sito en

..... representada por

la Maestra de Apoyo / el Equipo de Apoyo a la integración Escolar representado por

..... y la familia del niño/a

con DNI para llevar a cabo la integración del niño/a en el Año/Sala

..... Turno

Nombre del profesional a cargo de la actividad áulica

En los días y horarios

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde

Hasta

La Institución educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al/ a la niño/ a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- 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 alumno 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.

La continuidad del alumno en el Proyecto de integración escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la integración Escolar, quienes, en forma conjunta podrán considerar toda vez, que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por:

- Incumplimiento de los ítems mencionados UT-supra.
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
- Modificaciones importantes en la conducta.

Firma y sello de la Escuela Común donde se realiza la integración

Firma del padre/ madre/ Tutor

Firma y sello de Maestra / Equipo de AIE

Aclaración Aclaración Aclaración

Los datos consignados requeridos tienen carácter de declaración jurada.

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0015
2025

Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Prestador

Razón Social

Domicilio Localidad/Provincia

Email de contacto Teléfono

Compañía de Seguros Póliza N°

Orden de emisión de cheque

Entidad Bancaria CBU

Condición frente a IVA Inscripto Monotributo Exento CUIT N°

Condición frente a Ingresos Brutos Inscripto Multilat. Exento IIBB N°

Tomo conocimiento que la falta de algunos de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Prestación a brindar Transporte Especial a
(Tipo de prestación o institución)

Período Desde Hasta Año

Cronograma de traslados

IDA

Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**
Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Horarios

Km Ida

VUELTA

Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**
Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Horarios

Km Vuelta

Km totales diarios

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Km ida + Km vuelta

Total km Mensuales Días mensuales (hasta) Viajes mensuales (hasta)

Monto por Km Monto Mensual (\$) Adicional Dependencia 35% (Sujeto a evaluación) Si No

Firma, Aclaración y Sello
del responsable de la
Empresa Transportista/ Prestador

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0016
2025

Solicitud de Anexo de transporte

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Paciente

Nombre y Apellido N° DNI

Datos de los Padres

Madre

Nombre y Apellido

Padre

Nombre y Apellido

Actividad

Turno/ Horario

Actividad

Turno/ Horario

Datos de los Hermanos

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Actividad

Actividad

Turno/ Horario

Turno/ Horario

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Actividad

Actividad

Turno/ Horario

Turno/ Horario

Diagnóstico

DSM IV* - CIE X

Discapacidad

Justificación Médica de la Solicitud del Transporte

.....

.....

.....

.....

Médico Auditor Agente del Seguro

* Consignar los Ejes

Firma y Sello del
Médico Auditor
Agente del Seguro

.....

.....

.....

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0029

2025

Formulario Declaración Jurada de Transporte

Completar todos los campos del Formulario

En la Ciudad de Fecha

Por medio de la presente, en mi carácter de PADRE/MADRE/TUTOR de

Documento Número

INFORMO en carácter de DECLARACION JURADA QUE NO HA SIDO ADQUIRIDO NINGUN VEHICULO AUTOMOTOR A FAVOR DEL NOMBRADO HACIENDO USO DE LA FRANQUICIA CONTEMPLADA EN LA LEY 19279.

Firma

Aclaración

Tipo y N° de Documento

Vínculo Madre Padre Tutor

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0017
2025

Modelo de Plan de Trabajo Instituciones/ Profesionales



Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Fecha de nacimiento

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Período Desde Hasta Año

PLAN DE ABORDAJE 2025

1 MODALIDAD DE PRESTACIONES

.....
.....
.....
.....

2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

.....
.....
.....
.....
.....

3 ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCION CONTEMPLANDO LOS DIFERENTES CONTEXTOS

.....
.....
.....
.....
.....

Firma, Aclaración y Sello
del Profesional

Firma y Aclaración
de los Padres

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0018



Medida de Independencia Funcional - Año 2025 (FIM)

Completar todos los campos del Formulario

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido Edad

Tipo y N° Documento CUIL N°

Diagnóstico

Institución Fecha de ingreso a la Inst.

Modalidad

Item	Actividad	Puntaje	Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional	
Autocuidado			Independiente	Puntuación
1	Alimentación		Independiente total	7
2	Aseo Personal		Independiente con adaptaciones	6
3	Baño			
4	Vestido Parte Superior			
5	Vestido Parte Inferior			
6	Uso del Baño		Dependiente	Puntuación
Control de Esfínteres			Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
7	Control de Intestinos		Solo requiere mínima asistencia.	4
8	Control de Vejiga		Paciente aporta 75% o más.	3
Transferencias			Requiere asistencia moderada.	3
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas		Paciente aporta 50% o más.	2
10	Transferencia al Baño		Requiere asistencia máxima.	2
11	Transferencia a la Ducha o la Bañera		Paciente aporta 25% o más.	1
Locomoción			Requiere asistencia total.	1
12	Marcha o Silla de ruedas		Paciente aporta menos del 25%.	
13	Escaleras			
Comunicación				
14	Comprensión			
15	Expresión			
Conexión				
16	Interacción Social			
17	Resolución de problemas			
18	Memoria			
		Puntaje FIM Total	<input type="text"/>	

Deberá ser completada por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en Psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Fecha

Firma y Sello del Profesional Interviniente

Firma y Sello del Profesional Interviniente

N° de Matrícula N° de Matrícula

Especialidad Especialidad

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0019
2025

Planilla de Datos Sociofamiliares

Completar todos los campos del Formulario

Datos del Titular

Apellido y Nombre

Domicilio

Localidad Celular Teléfono

Email

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre Edad

Domicilio

Localidad Teléfono de contacto

Prestación solicitada

Grupo Familiar Conviviente

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

Grupo Familiar No Conviviente y red social ampliada

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoria de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar de emisión Fecha

Firma y Aclaración del Titular

**CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0020
2025**

**Resumen de
Historia Clínica**

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Datos del Paciente

Apellido y Nombre DNI

N° Beneficiario de Osplad (Es el número de CUIL)

1 Diagnóstico
(Como indica el Certificado Único de Discapacidad)

.....
.....
.....
.....

2 Antecedentes completos de intervenciones Terapéuticas y/o Educativas

.....
.....
.....

3 Parámetros funcionales actuales

.....
.....
.....

4 Evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico Psiquiátrico) en el último año

.....
.....
.....

Firma y Sello
del Médico

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0021
2025

Solicitud de Cambio de Prestador

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido N° DNI

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja de la prestación de:**

..... a cargo de
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación de:

..... a cargo de
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día
(Nombre del profesional y/o institución)

y por el periodo

Firma del
Beneficiario o
del Representante

Aclaración del firmante

Parentesco

N° DNI del firmante

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-026

2025

**Modelo Nota de
Solicitud de Abandono
de Tratamiento**

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido

N° Afiliado

Tipo y N° de documento

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la Baja de las prestación de

(Ejemplo: Psicología, Fonoaudiología, CET, etc) con el Profesional y/o Institución

a partir de la fecha

Motivo de la baja de la prestación

Firma del Beneficiario/Responsable

Firma:

Aclaración

Tipo y N° de Documento

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-027
2025

Ficha del Prestador de Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Prestador

Apellido y Nombre / Razón Social

Tipo y N° Documento CUIT N° N° Acreedor

Sexo/Género Fecha de Nacimiento País de Nacimiento

Nacionalidad Otras nacionalidades País de emisión del Documento

Domicilio particular Calle N° Torre Piso Dpto.

Barrio C.P. Localidad/Provincia

Tipo de teléfono N°

Dirección de correo electrónico

Rubro (marcar con una X lo que corresponda)

Profesional Centro Transporte Escuela Hogar Instituto

Datos Bancarios

CBU N° Tipo de cuenta

N° de Cuenta Banco

Datos Profesionales / Formación

Título/ Formación Especialidad

Fecha de graduación N° Matrícula Fecha de vencimiento

Domicilio de atención

Teléfono del consultorio o Institución

Condición frente a IVA

Responsable inscripto Inscripto Monotributo Exento

Exención Ingresos Brutos

Si No En caso afirmativo, deberá adjuntar el certificado correspondiente

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

Firma y Sello

Aclaración

Modelo de Prescripciones Médicas

Prestación de Apoyo (terapia única)

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2025

Nombre y Apellido: Rosa, Pérez

DNI N°: 20.383.542

Diagnóstico: Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación: Solicito Psicopedagogía 2 sesiones semanales

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2025

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Rehabilitación (interdisciplinaria, dos o más terapias)

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2025

Nombre y Apellido: Rosa, Pérez

DNI N°: 20.383.542

Diagnóstico: Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación: Solicito REHABILITACION en: Fonoaudiología 2 sesiones semanales Psicología 2 sesiones semanales Terapia Ocupacional 2 sesiones semanales

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2025

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Maestro de Apoyo

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2025

Nombre y Apellido: Rosa, Pérez

DNI N°: 20.383.542

Diagnóstico: Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación: Solicito Modulo Maestro de Apoyo

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2025

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Módulo apoyo a la Integración escolar (EQUIPO)

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2025

Nombre y Apellido: Rosa, Pérez

DNI N°: 20.383.542

Diagnóstico: Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación: Solicito Modulo Apoyo a la Integración Escolar(EQUIPO)

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2025

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Transporte

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2025

Nombre y Apellido: Andrés, Pérez

DNI N°: 40.741.274

Diagnóstico: ECNE

Prestación: Dada su patología de base (discapacidad motora), Solicito Traslado de domicilio a Escuela especial, ida y vuelta

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2025

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Prestaciones Educativas

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2025

Nombre y Apellido: Andrés, Pérez

DNI N°: 40.741.274

Diagnóstico: ECNE

Prestación: Solicito Escuela especial EGB jornada simple con dependencia

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2025

Jornada Simple Jornada Doble

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Estimulación Temprana

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2025

Nombre y Apellido: Ana Pérez

DNI N°: 51.346.899

Diagnóstico: ECNE

Prestación: Solicito Módulo Estimulación Temprana en Fonoaudiología 2 sesiones semanales y Kinesiología 1 sesión semanal

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2025

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Hogar Permanente con CD/CET con o sin dependencia

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2025

Nombre y Apellido: Ana Pérez

DNI N°: 51.346.899

Diagnóstico: Retraso mental grave

Prestación: Solicito Módulo Hogar permanente con CD/CDT con dependencia

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2025

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

**Escuela Especial - Centro Educativo Terapéutico
Formación Laboral - Aprestamiento Laboral**

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2025

Nombre y Apellido: Sabrina Pérez

DNI N°: 40.135.842

Diagnóstico: Retraso mental moderado.
Hipoacusia.

Prestación: Solicito Centro Educativo Terapéutico

Jornada: Simple

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2025

Jornada Simple Jornada Doble

Firma y Sello del Médico Tratante



Experiencia y Solidaridad

obra social para la actividad docente