

Obra Social del Personal Auxiliar de Casas Particulares -Instructivo de Discapacidad 2025-



Documentación para solicitar tratamiento por discapacidad –requisitos a cumplir por el/la afiliado/a

Toda la documentación para gestionar la solicitud de prestaciones de rehabilitación y educativas, **solo** será recibida desde la casilla del titular de la obra social, no se recibirán solicitudes desde la casilla de los prestadores. Por lo tanto, se solicita a los prestadores, que le faciliten la documentación completa y ordenada a la familia, para una gestión más eficiente.

- La documentación a evaluar para prestaciones por discapacidad, solo será recibida en forma digital y debe ser enviada a discapacidad@ospacp.org.ar
- Toda la documentación se encuentra sujeta a eventuales modificaciones de la normativa vigente de la SSSalud u otro organismo competente
- Toda la documentación debe ser presentada de manera prolija y clara, sin enmiendas, tachaduras, cambio de tinta y/o letra

En el asunto del correo especificar:

- Nombre y apellido del beneficiario que recibe las prestaciones
- DNI
- Número de afiliado

La documentación debe ser chequeada por el beneficiario antes de ser enviada, corroborando que este correcta, imágenes claras y legibles;

El módulo de prestaciones que van a enviar, debe ajustarse a lo que reconoce la SSSalud por mecanismo de integración, ya que no se procesaran facturas que no estén previamente autorizadas o periodos vencidos fuera de vigencia.

Según **resolución 1743/2024** de la SSSalud la documentación requerida para la gestión de las prestaciones por discapacidad es:

1) Documentación personal del beneficiario:

- Formulario de datos personales (FORMULARIO N°1)
- DNI de titular (frente y dorso)
- DNI del beneficiario que recibirá las prestaciones (frente y dorso)
- Constancia de CUIL de ANSES del titular
- Constancia de CUIL de ANSES del beneficiario que recibirá las prestaciones
- Certificado de Discapacidad VIGENTE, y en caso de estar vencido, la prórroga correspondiente, enviar el actualizado según Ley 27.711
- Constancia de Alumno Regular
- Tres últimos recibos de sueldo de el/la titular de la obra social o tres últimas constancias de pago de monotributo

Es responsabilidad del titular *mantener los aportes correspondientes al día* para poder solicitar y recibir la prestación. En caso contrario se suspenderá el tratamiento autorizado hasta que se regularice el pago de la misma.

El beneficiario es responsable de informar al prestador cualquier modificación de su estado de afiliación. La obra social no reconocerá períodos en los que el beneficiario no haya estado ACTIVO en el padrón.

2) Documentación Médica del beneficiario:

Resumen de historia clínica completo:

- Debe constar de: fecha, firma ológrafa, sello profesional.
- Descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad
- **Descripción de todas las prestaciones de rehabilitación que recibe.**
- Antecedentes médicos relevantes, medicación

Órdenes Médicas

- Deben constar de: fecha de emisión previa al inicio del tratamiento que prescribe
- Nombre y Apellido del beneficiario
- DNI
- Diagnostico según CUD (certificado de discapacidad)
- Tipo de Prestación (escuela, transporte, tipo de terapia)
- Modalidad y/o cantidad de sesiones semanales
- Periodo de cobertura (ejemplo de marzo a diciembre)

¡ACLARACIÓN!

- El resumen de historia clínica y ordenes médicas deben tener **firma ológrafa** (de puño y letra). Confeccionarlos de manera prolija y clara, sin enmiendas, tachaduras, cambio de tinta y/o letra
- No colocar nombre de la institución o prestador en la prescripción médica, el mismo solo debe indicar el tratamiento solicitado.
- El resumen de historia clínica y ordenes médicas, deben estar realizados por el mismo médico tratante. No se aceptarán tratamientos prescritos por diferentes profesionales médicos
- El médico prescriptor debe ser de especialidad relacionada con el diagnóstico que consta en el CUD
- En el caso de prestaciones brindadas por instituciones, no se aceptarán ordenes medicas realizadas por galenos que se desempeñen en dichos centros

Dependencia de terceros (En aquellos casos en los que el médico tratante indique la necesidad de cubrir la dependencia de terceros), los requisitos serán:

- Tabla FIM (Medida de Independencia Funcional) que justifique dicha solicitud, debe estar emitida por Lic. En Terapia Ocupacional
- Informe del prestador que detalle las funciones a realizar por el celador justificando la cobertura de la dependencia
- DNI del/la celador/a (frente y dorso)

El equipo interdisciplinario de discapacidad podrá realizar evaluación al paciente y completar el formulario FIM si se advierten inconsistencias en el documento presentado.

En caso de solicitar la dependencia de terceros para un Transporte

- El médico tratante deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en Transporte Público
- Declaración jurada del Domicilio donde vive la persona con Discapacidad

¡ACLARACIÓN!

EL INICIO DE LAS PRESTACIONES **SIN AUTORIZACION PREVIA** RESULTARÁ NETA RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR Y DEL BENEFICARIO. ESTA SITUACION NO OBLIGA A OSPACP A CUBRIR LAS PRESTACIONES.

3) Documentación de los prestadores

Instituciones

- Resolución completa de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud, según Resolución Ministerial 444/14
- Categorización de prestadores de servicios de atención y rehabilitación para personas con discapacidad ante la Agencia Nacional de Discapacidad.
- Constancia de AFIP vigente
- Informe inicial o evolutivo con firma ológrafa y sello del profesional que lo emite o del representante del equipo integrador de la institución. En el mismo se debe especificar grado o nivel en que se encuentra la persona con discapacidad
- Plan de trabajo 2025 en el cual se debe detallar objetivos a lograr con el tratamiento y estrategias a implementar para el logro de los mismos. Debe constar con firma ológrafa y sello del profesional que lo emite o del representante del equipo integrador de la institución
- Conformidad Prestacional (FORMULARIO N°2) con firma ológrafa del titular o beneficiario según corresponda
- Presupuesto Prestacional 2025 (FORMULARIO 6)
- Formulario de alta de proveedores (FORMULARIO N°9) (Deben presentarlo TODOS los prestadores, la gestión del legajo comienza desde cero año tras año en la renovación)
- Consenso del Instructivo 2025 OSPACP (FORMULARIO N°10)
- Para solicitudes de Hogar en cualquiera de sus modalidades, se debe presentar informe de Trabajador Social

Profesionales Independientes

- Título habilitante (frente y dorso)
- Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores
- Matricula vigente
- Constancia de AFIP vigente
- Informe inicial o evolutivo con firma ológrafa y sello del profesional que lo emite o del representante del equipo integrador de la institución. En el mismo se debe especificar grado o nivel en que se encuentra la persona con discapacidad.
- Plan de trabajo 2025 en el cual se debe detallar objetivos a lograr con el tratamiento y estrategias a implementar para el logro de los mismos. Debe constar con firma ológrafa

y sello del profesional que lo emite o del representante del equipo integrador de la institución

- Conformidad Prestacional (FORMULARIO N°2) con firma ológrafa del titular o beneficiario según corresponda
- Presupuesto Prestacional 2025 (FORMULARIO 6)
- Formulario de alta de proveedores (FORMULARIO N°9) (Deben presentarlo TODOS los prestadores, la gestión del legajo comienza desde cero año tras año en la renovación)
- Consenso del Instructivo 2025 OSPACP (FORMULARIO N°10)

Integración escolar en Equipo o Maestra de Apoyo

Presentar según corresponda, teniendo en cuenta el prestador que acompañará la integración.

- Resolución completa de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud, según Resolución Ministerial 444/14 (INTEGRACION ESCOLAR EN EQUIPO -CENTROS)
- Resolución completa de categorización del servicio nacional de Rehabilitación y Promoción de las Personas con Discapacidad (SNR), para los casos en que no corresponda la inscripción en el RNP. (INTEGRACION ESCOLAR EN EQUIPO -CENTROS)
- Título habilitante (frente y dorso) (MAESTRA DE APOYO – PROFESIONAL INDEPENDIENTE)
- Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores; en aquellos casos en el que el título del profesional impida dicha inscripción (esto solo puede suceder en la solicitud de Maestra de Apoyo), deberán enviar la constancia de prestador habilitado por mecanismo el de integración
- Constancia de AFIP vigente
- Informe inicial o evolutivo con firma ológrafa y sello del profesional que lo emite o del representante del equipo integrador de la institución. En el mismo se debe especificar grado o nivel en que se encuentra la persona con discapacidad
- Adaptaciones Curriculares como plan de trabajo 2025, con el detalle de cada asignatura. Debe constar con firma ológrafa y sello del profesional que lo emite o del representante del equipo integrador de la institución.
- Conformidad Prestacional (FORMULARIO N°2) con firma ológrafa del titular o beneficiario según corresponda
- Acta de Acuerdo de integración (FORMULARIO N°5)
- Presupuesto Prestacional 2025 (FORMULARIO 6)
- Formulario de alta de proveedores (FORMULARIO N°9) (Deben presentarlo TODOS los prestadores, la gestión del legajo comienza desde cero año tras año en la renovación)
- Consenso del Instructivo 2025 OSPACP (FORMULARIO N°10)

En casos de Psicopedagogos, Maestros, Profesores en Educación especial independientes que, debido a no poseer título de grado, se encuentren imposibilitados de inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud, deberán presentar adicionalmente a lo mencionado:

- DNI (frente y dorso)
- Título habilitante (frente y dorso)
- Certificado analítico
- Matricula (no excluyente)

LAS PRESTACIONES ESCOLARES NO SE AUTORIZARÁN EN EL MES DE ENERO

La prestación escolar deberá incluir la carga horaria que la persona con discapacidad requiera. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional (Resolución 1328/2006)

¡ACLARACIÓN!

- Debe existir total **coincidencia entre lo que prescribe la orden médica y el presupuesto** del prestador. Asimismo, los objetivos del plan de trabajo deberán ajustarse a las incumbencias profesionales del terapeuta
- **No se habilitarán tratamientos con prestadores o instituciones que no se encuentren registrados o categorizados**
- El plan del trabajo deberá establecer objetivos particulares, evidenciables y directamente relacionados con el diagnóstico de la persona con discapacidad. Se deberán contemplar tiempos libres y de socialización en las propuestas de tratamiento. **Se deberán confeccionar informes trimestrales (opcional) o semestral (obligatorio)** que den cuenta de los objetivos específicos y diferenciados que se lograron alcanzar con la terapia brindada
- En ningún caso la recepción de la documentación significará la autorización de la cobertura solicitada; **el legajo requiere el análisis del equipo interdisciplinario de discapacidad**. Solo la recepción del modelo de autorización correspondiente habilita el comienzo de las prestaciones
- **El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA resultará neta responsabilidad del prestador y del beneficiario**. Esta situación no obliga a OSPACP a cubrir las prestaciones
- **No se aceptarán solicitudes con documentación faltante, incompletas o incorrectas.**
- Es responsabilidad de los afiliados la **presentación de los legajos completos con antelación al periodo prestacional solicitado**. La obra social se reserva el derecho de requerir cambios de prestador en caso de detectarse irregularidad en las auditorias que se realicen
- **Toda la documentación debe tener la firma ológrafa del prestador y beneficiario según corresponda**

EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA OBRA SOCIAL, EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE, PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA ADICIONAL (Anexo II de la resolución 1743/2024)

EL CONJUNTO DE TERAPIAS DE MAS DE UNA ESPECIALIDAD SE EVALUARÁN COMO **MÓDULOS INTEGRALES** (resolución 428/1999) DE ESTA MANERA SE CONTEMPLARÁ FACTURACIÓN HASTA EL TOPE DE LOS VALORES DISPUESTOS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA MÓDULOS INTEGRALES.

Tener en cuenta que los valores de los módulos integrales expresados en el nomenclador son semanales; se contemplan para su facturación solamente cuatro semanas en el mes.

Resolución 428/1999

Modalidad de cobertura:

a) Módulo de tratamiento integral intensivo: comprende semana completa (5 días)

b) Módulo por tratamiento integral simple: incluye periodicidades menores a 5 días semanales

Transporte

- Orden medica que aclare solicitud de la prestación, con dirección de partida y destino.
- Constancia de AFIP vigente
- Cobertura del seguro del vehículo o responsabilidad civil de la empresa de transporte (no se aceptarán pólizas que especifiquen como destino/uso particular).
- DNI (frente y dorso) del conductor
- Registro de conducir del conductor
- Verificación Técnica Vehicular
- Habilitación Municipal de la compañía de transporte.
- Diagrama de recorrido por Google Maps con el recorrido más directo entre el punto de origen y el punto de destino
- Conformidad Prestacional de Transporte (FORMULARIO N°3) con firma ológrafa del titular o beneficiario según corresponda
- Declaración Jurada de no posesión de vehículo otorgado por el Servicio Nacional de Rehabilitación con firma ológrafa del titular o beneficiario según corresponda (FORMULARIO N°7)
- Presupuesto Prestacional de Transporte 2025 (FORMULARIO 8)
- Formulario de alta de proveedores (FORMULARIO N°9) (Deben presentarlo TODOS los prestadores, la gestión del legajo comienza desde cero año tras año en la renovación).
- Consenso del Instructivo 2025 OSPACP (FORMULARIO N°10)

En caso de solicitar la dependencia de terceros para un Transporte:

- El médico tratante deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en Transporte Público
- Declaración jurada del Domicilio donde vive la persona con Discapacidad
- Informe del prestador que detalle las funciones a realizar por el celador justificando la cobertura de la dependencia
- DNI del/la celador/a (frente y dorso)

¡ACLARACIÓN!

- Debe existir total **coincidencia entre lo que prescribe la orden médica y el presupuesto** del prestador
- **No se habilitarán tratamientos con prestadores que no se encuentren registrados**
- En ningún caso la recepción de la documentación significará la autorización de la cobertura solicitada; **el legajo requiere el análisis del equipo interdisciplinario de discapacidad**. Solo la recepción del modelo de autorización correspondiente habilita el comienzo de las prestaciones
- **El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACION PREVIA resultará neta responsabilidad del prestador y del beneficiario**. Esta situación no obliga a OSPACP a cubrir las prestaciones
- **No se aceptarán solicitudes con documentación faltante, incompletas o incorrectas.**
- Es responsabilidad de los afiliados la **presentación de los legajos completos con antelación al periodo prestacional solicitado**. La obra social se reserva el derecho de requerir cambios de prestador en caso de detectarse irregularidad en las auditorías que se realicen
- **Toda la documentación debe tener la firma ológrafa del prestador y beneficiario según corresponda**

- **NO SE AUTORIZARÁN HORAS DE ESPERA NI RECORRIDOS QUE NO IMPLEQUEN LA IDA Y VUELTA DEL PACIENTE; ASIMISMO, SERAN TOMADOS COMO VÁLIDOS LOS RECORRIDOS DIARIOS EFECTIVAMENTE REALIZADOS, CORROBORADOS CON LOS CRONOGRAMAS DE LAS PRESTACIONES CORRESPONDEINTES.**

- **LAS PLANILLAS DE ASISTENCIA DEL TRANSPORTE DEBERAN SER FIRMADAS POR EL TRANSPORTISTA, EL AFILIADO TITULAR, Y LA INSTITUCION/PROFESIONAL AL CUAL ASISTA EL BENEFICARIO**

En el marco de la Resolución 1743/2024, se priorizarán los prestadores más cercanos al domicilio del paciente, a fin de minimizar los tiempos de traslado, especialmente en casos de prestaciones recurrentes semanales y de diferentes tipos de Apoyo Terapéutico. El equipo interdisciplinario aplicará estos criterios en la medida de las circunstancias, buscando evitar tiempos exagerados de traslado que puedan impactar negativamente en el tratamiento del paciente.

EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA OBRA SOCIAL, EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE, PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA ADICIONAL

(Anexo II de la resolución 1743/2024)

¿Cómo gestionar un cambio de prestador?

En caso de cambio de prestador se deberá presentar por correo para adjuntar al legajo y comenzar la nueva gestión:

- Nota del padre/madre o tutor dejando constancia de cambio del prestador, detallando periodo
- Presentar la documentación completa del nuevo prestador (solo exceptuando la orden medica)
- Formulario N°4

4) Facturación

Confección de la factura:

- A nombre de O.S.P.A.C.P, CUIT 30-57962881-9, Charcas 2745 – CABA, IVA EXENTO
- Nombre, Apellido y DNI del beneficiario
- Prestación brindada según nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad
- Periodo de prestación

En caso de centros o instituciones

- Se debe aclarar en la misma la modalidad, tipo de jornada (simple o doble), la categorización del establecimiento, y la dependencia en caso de corresponder.
- En caso de facturar comedor, el mismo deberá discriminarse en una factura complementaria

En caso de terapias individuales

- Se debe especificar la cantidad de sesiones a las que asistió el beneficiario en el mes y el valor unitario de cada sesión

En caso de Transporte

- Detallar dirección de partida y destino
- Cantidad de viajes por día y mensual
- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje
- Total de kilómetros mensuales
- Indicar dependencia en caso de corresponder (debe incluirse en la factura)

NUEVO INSTRUCTIVO DE FACTURACIÓN

La carga de facturas por prestaciones nombradas de discapacidad la deberá realizar cada prestador mediante un formulario Google. Se abrirá un Formulario de Google mensualmente, donde se irán habilitando los periodos de carga correspondientes. El link del formulario se encontrará el primer día hábil de cada mes en la Página de OSPACP

Se deberá realizar una carga por factura, y cada factura deberá estar acompañada por su correspondiente autorización y planilla de asistencia en formato PDF que no exceda los 10 MB.

Solamente se aceptarán facturas correspondientes a prestaciones brindadas en períodos que no excedan los 60 días anteriores al inicio del mes en curso.

A modo ejemplo:

- Formulario "Enero - Mecanismo de Integración" podrán cargar periodo facturado de Diciembre - Noviembre. Mientras que, la facturación de Octubre deberá enviarla por excepción al correo de Auditoria de Facturación para la evaluación correspondiente facturas.integracion@audisalud.net"
- Formulario "Febrero -Mecanismo de Integración" podrán cargar periodo facturado Enero - Diciembre. Mientras que la facturación de Noviembre deberán enviarla por excepción al correo de Auditoria de Facturación para la evaluación correspondiente facturas.integracion@audisalud.net"

Solicitamos cargar las facturas en tiempo y forma, con la documentación complementaria, en el formato indicado (PDF), verificando que las imágenes sean legibles, con firma olografa en las planillas de asistencia, pues si existen errores o inconsistencias en la carga se requerirá que la documentación sea cargada nuevamente, ocasionando demoras. Los formularios Google estarán disponibles para carga de facturas hasta 72 hs hábiles antes del cierre de la carpeta de cada mes, luego, el formulario no admitirá más cargas. Las fechas de cierre de cada período activo se pueden chequear en el siguiente sitio:

https://www.sssalud.gob.ar/descargas/rnos/publico/ftp/cronograma_ftp.pdf

En caso de tener pendientes de carga facturas de prestaciones brindadas en períodos superiores a los 60 días y que no excedan los 90 días desde el inicio del mes en curso, se deberán enviar las mismas junto con la planilla de asistencia y la autorización correspondiente al correo facturas.integracion@audisalud.net para que sean evaluadas por excepción.

Agradecemos su colaboración para lograr una gestión ágil y eficiente de las facturas.

¡ACLARACIÓN!

La carga correcta, en tiempo y forma, será responsabilidad del prestador. Por favor solicitamos realizar un control de los datos cargados antes de enviar el formulario, de lo contrario será notificado

¡ACLARACIÓN!

- Las planillas de asistencia deben presentarse CON FIRMA OLOGRAFA DE LA FAMILIA Y DE LOS PRESTADORES, sin excepción, será un requisito
- Deben enviar el archivo de facturación que genera AFIP
- Si envían facturas de diferentes beneficiarios, deben realizar un correo por cada uno.

- La fecha de emisión de los comprobantes de facturación, deberá ser acorde con el periodo facturado
- **LA FACTURACION DE LAS TERAPIAS ENCUADRADAS EN MÓDULOS INTEGRALES:**
SEGÚN RESOLUCION 428/1999 SE RECONOCERÁ EL TOPE DE LOS VALORES DISPUESTOS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA MÓDULOS INTEGRALES.
Tener en cuenta que los valores de los módulos integrales expresados en el nomenclador son semanales; se contemplan para su facturación solamente cuatro semanas en el mes

FORMULARIO N°1 – DATOS PERSONALES 2025

Completar todos los datos solicitados

Nombre y apellido del beneficiario

.....

DNI / CUIT

.....

Fecha de Nacimiento

...../...../.....

Nacionalidad

.....

Diagnostico según Certificado de Discapacidad

.....

Nombre y apellido del Titular de la Obra Social

.....

Teléfono/Celular de contacto:

.....

Teléfono/Celular de contacto alternativo:

.....

Correo electrónico del titular (con el cual que se gestionara el legajo y la resolución final)

.....

Domicilio

Calle..... N°.....Localidad.....

Provincia.....

Grupo familiar conviviente (nombre, apellido, DNI y vinculo)

.....

.....

.....

.....

FORMULARIO N°2 – CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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

Nombre y Apellido del beneficiario

.....

DNI..... N° de Afiliado.....

Yo con Documento Tipo (.....) N°.....

doy mi conformidad respecto a 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.

1-Prestación.....

Prestador.....

Periodo de prestación: desde..... Hasta.....

2-Prestación.....

Prestador.....

Periodo de prestación: desde..... Hasta.....

3-Prestación.....

Prestador.....

Periodo de prestación: desde..... Hasta.....

4-Prestación.....

Prestador.....

Periodo de prestación: desde..... Hasta.....

5-Prestación.....

Prestador.....

Periodo de prestación: desde..... Hasta.....

Firma y aclaración del beneficiario.....

Si la persona no es la persona con discapacidad, completar

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada a nombre de(nombre del beneficiario). Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a las prestaciones detalladas.

Firma y Aclaración.....

DNI.....

FORMULARIO N°3 – CONFORMIDAD PRESTACION DE TRANSPORTE

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

Nombre y Apellido del beneficiario

.....

DNI..... N°de Afiliado.....

Yo con Documento Tipo (.....) N°.....

doy mi conformidad al diagrama de traslados.

Prestador.....

Periodo de prestación: desde..... Hasta.....

Firma y aclaración del beneficiario.....

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

Si la persona no es la persona con discapacidad, completar

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada a nombre de (nombre del beneficiario). Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a las prestaciones detalladas.

Firma y Aclaración.....

DNI.....

FORMULARIO 4 – NOTA DE CAMBIO/BAJA DE PRESTADOR

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

Señores de OSPACP

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar un **cambio / baja** (tachar la que no corresponda) de prestador para el beneficiario.....con DNI

Nombre y CUIT del prestador de baja

Tipo de prestación brindada.....

Mes hasta el cual brindo servicio 2025 inclusive.

Observación.....
.....
.....
.....

Nombre y CUIT del nuevo prestador.....

Tipo de prestación que brindará.....

Mes de inicio del servicio.....2025.

Firma y aclaración del beneficiario.....

Si la persona no es la persona con discapacidad, completar

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada a nombre de(nombre del beneficiario). Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a las prestaciones detalladas.

Firma y Aclaración.....

DNI.....

FORMULARIO N°5 – ACTA DE ACUERDO DE INTEGRACION ESCOLAR

A los días del mes de de
en la localidad de, partido de se reúnen para
acordar los siguientes aspectos del alumno/a con
DNI..... afiliado de O.S.P.A.C.P N° de afiliado.....

El horario de la/el maestra/o de apoyo.....dentro de
la Institución será los días en
la franja horaria de ahs.

El rol consistirá en asistir al alumno/a dentro de la dinámica áulica y dichas intervenciones a nivel asistencial y en el campo pedagógico siempre que la actividad lo requiera.

Se trabajará en conjunto con la docente de grado y la psicopedagoga en el caso que corresponda. Se buscará la mayor autonomía por parte del alumno/a integrado, para que pueda respetar los tiempos de actividad dentro del aula. Promoviendo también, mayores niveles de atención.

Los honorarios de la prestación de integración escolar son solventados directamente por OSPACP con los valores dispuestos por el Nomenclador Básico para las personas con Discapacidad que ingresan por Mecanismo de Integración.

Conforme con el documento, firman al pie del mismo

.....

Firma y Aclaración del Padre/Madre o Tutor

.....

Firma y Aclaración del Docente Integrador

.....

Firma y Aclaración del director/a o Representante de la Institución

.....

Sello de la Institución

FORMULARIO N°6 – PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión...../...../.....

Razón social o Nombre del prestador.....

CUIT.....

Domicilio donde se realiza la prestación.....

Correo electrónico del prestador.....

Teléfono/Celular de contacto.....

Beneficiario.....DNI.....

Prestación.....

Tipo de jornada..... Categoría.....

Periodo desde.....hasta.....

Almuerzo: SI / NO

En caso de corresponder

Dependencia: SI NO Cantidad de sesiones mensuales.....

Monto por sesión.....Monto Mensual.....

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

El presente cronograma será el que se utilice para realizar las auditorias de terreno que la obra social considere necesarias. Cualquier modificación en el mismo, debe ser informada con antelación para cotejar posibles superposiciones con otras prestaciones que reciba el beneficiario.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios	De	De	De	De	De	De
	A	A	A	A	A	A

.....

Firma y aclaración del titular de la obra social

.....

Firma y aclaración del prestador

FORMULARIO N°7 – DECLARACION JURADA DE NO POSESION

Fecha/...../.....

Señores de O.S.P..A.C.P

Por la presente, y a requerimiento del Sistema Único de Reintegro, doy conformidad que NO poseo vehículo adquirido por franquicia otorgada por el Servicio Nacional de Rehabilitación para mi hijo/a con Discapacidad.

Firma y aclaración del beneficiario.....

Si la persona no es la persona con discapacidad, completar

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada a nombre de(nombre del beneficiario). Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a las prestaciones detalladas.

Firma y Aclaración.....

DNI.....

FORMULARIO N°8 – PRESUPUESTO PRESTACIONAL DE TRANSPORTE (hoja 1 de 2)

Fecha de emisión...../...../.....

Razón social o Nombre del prestador.....

CUIT.....

Correo electrónico del prestador.....

Teléfono/Celular de contacto.....

Compañía de seguro.....

Póliza N°.....

Beneficiario.....DNI.....

Periodo desde.....hasta.....

Diagrama de traslado

Viaje	Domicilio de Partida	Domicilio de Destino	Km por viaje	Importe diario	Importe Mensual
1					
2					
3					

Cronograma de Traslado (marcar como una X)

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

FORMULARIO N°8 – PRESUPUESTO PRESTACIONAL DE TRANSPORTE (hoja 2 de 2)

Total de Km Mensuales.....

Adicional Dependencia 35% (sujeto a evaluación): SI / NO

Valor del Km.....

Monto mensual.....

.....

Firma y aclaración del titular de la obra social

.....

Firma y aclaración del Transportista

FORMULARIO N°9 – ALTA DE PROVEEDORES / DATOS DEL PROVEEDOR 2025

Razón social

CUIT.....

Domicilio

Calle..... N°Localidad.....

Provincia.....

Teléfono de contacto.....

Correo electrónico.....

Datos impositivos (elegir la opción correspondiente)

- Condición de IVA: Exento / Inscripto / Monotributo
- Condición de Ganancias: Exento / No exento
- Condición de Ingresos Brutos: Local / Convenio Multi. / Régimen Simplif. / Exento

Prestación que brinda:.....

Datos de la cuenta bancaria

(los datos deben ser del prestador autorizado por OSPACP – no se aceptan cuentas de terceros)

Denominación de la cuenta.....

CUIT.....

Banco con el que opera.....

N° de Sucursal del Banco.....

Tipo de cuenta: Cta. Corriente / Caja de ahorro

N° de cuenta.....

CBU.....

(se solicita adjuntar comprobante de Banco del CBU)

.....

Firma y aclaración del prestador

FORMULARIO N°10 – CONSENSO DEL INSTRUCTIVO 2025 OSPACP

Fecha...../...../.....

En el presente documento, se deja constancia y conformidad, que la familia y los prestadores, quedan notificados sobre los requisitos y condiciones a cumplir detallados anteriormente en el Instructivo de Discapacidad 2025 de O.S.P.A.C.P

Los formularios que se han completado del presente instructivo revisten carácter de Declaración Jurada.

Nombre y Apellido del beneficiario.....

Firma y aclaración del titular.....

Prestadores

1-Prestación.....

Firma y aclaración del Prestador.....

2-Prestación.....

Firma y aclaración del Prestador.....

3-Prestación.....

Firma y aclaración del Prestador.....

4-Prestación.....

Firma y aclaración del Prestador.....

5-Prestación.....

Firma y aclaración del Prestador.....

6-Prestación.....

Firma y aclaración del Prestador.....

7-Prestación.....

Firma y aclaración del Prestador.....

F.I.M. (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL) 2025

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

Nº AFILIADO:

DIAGNÓSTICO:

EDAD:

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 ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los 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.

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1

ITEM	ACTIVIDAD /AUTOCUIDADO	PUNTAJE
1	1 ALIMENTACIÓN	
2	2 ASEO PERSONAL	
3	3 BAÑO	
4	4 VESTIDO PARTE SUPERIOR	

5	5 VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	6 USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFÍNTERES	
7	7 CONTROL DE INTESTINOS	
8	8 CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	9 TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	10 TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	11 TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCIÓN	
12	12 MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	13 ESCALERAS	
	COMUNICACIÓN	
14	14 COMPRENSIÓN	
15	15 EXPRESIÓN	
	CONEXIÓN	
16	16 INTERACCIÓN SOCIAL	
17	17 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	18 MEMORIA	
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1-ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique el grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2- ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y / o preparación de los elementos de higiene?

3-HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4-VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

5-VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocarrísticas de la dependencia.

6-USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7-CONTROL DE INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía.
Frecuencia.

8-CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9-TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié.
Grado de participación del paciente.

10-TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11-TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12-MARCHA / SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13-ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.

14-COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

15-EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

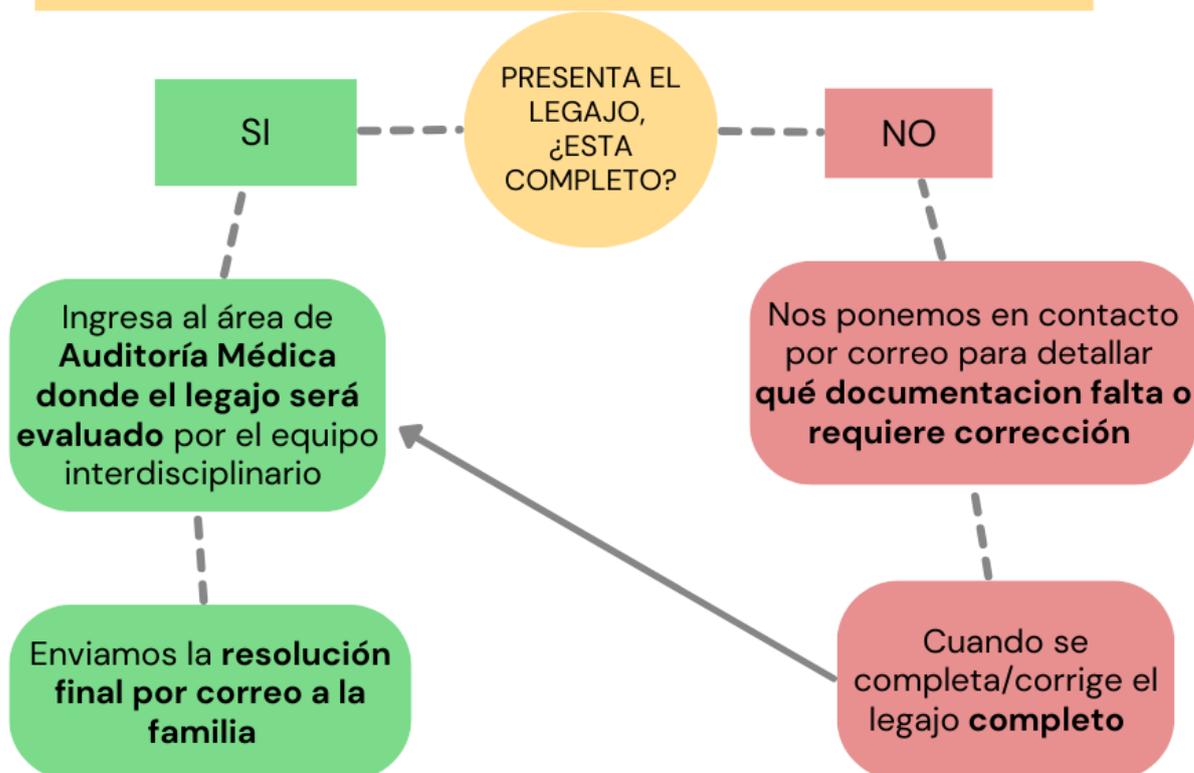
16-INTERACCIÓN SOCIAL: Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17--MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

EVALUACIÓN GLOBAL: Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

Proceso del legajo

1 - Debe enviar la documentación **completa** al correo de **discapacidad@ospacp.org.ar**
(indicar nombre del beneficiario en el asunto)
RECIBIRÁ UN CORREO DE RECIBIDO Y QUE COMIENZA LA GESTIÓN



ATENCIÓN!
EL PROCESO DE ANALISIS DEMORA ENTRE 15-25 DIAS HÁBILES,
CONTANDO DESDE EL DIA QUE LA FAMILIA COMPLETA TODOS LOS
REQUISITOS DEL LEGAJO POR CORREO
Toda la documentación y consultas deben ser enviadas al correo de
discapacidad@ospacp.org.ar