



## INFORMACIÓN IMPORTANTE

Sólo podrán comenzar los tratamientos prescritos una vez que se haya presentado la documentación del legajo **COMPLETA**, y la misma se encuentre autorizada para dar inicio a las prestaciones.

El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta responsabilidad del prestador/a y del afiliado/a titular y no obliga a la OS.PCyD a cubrir las mismas.

Sólo se autorizarán legajos con la documentación **COMPLETA SEGÚN EL PRESENTE INSTRUCTIVO**.

Toda la documentación requerida se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones de la normativa vigente de la Superintendencia de Servicios de Salud o solicitudes específicas de cada obra social.

Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud de la Nación.

## **REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA**

La documentación a presentar en carácter **obligatorio** es la siguiente:

### • **BENEFICIARIO/A :**

- Certificado Único de Discapacidad (**CUD**) **vigente**. (Imagen completa y legible.)
- Constancia de alumno regular** y número de registro de la escuela, el cual se denomina **CUE** – en caso de que corresponda
- Resumen de Historia Clínica** original firmada por médico tratante.
- Prescripciones medicas** originales, una por cada prestación solicitada. Se deberá detallar diagnóstico, el tratamiento a realizar, especificando cantidad de sesiones semanales y mensuales y periodo a desarrollar la misma.
- Prescripción médica para solicitud de transporte en caso de corresponder. Debe detallar que el mismo es ida y vuelta y los domicilios a los cuales se realizarán el traslado. Indicar diagnóstico de paciente y ciclo prestacional.
- Valoración por escala FIM (adjunto en instructivo), en caso de solicitar dependencia. Todas las indicaciones deben estar realizadas por el/la mismo/a médico/a tratante.

**NOTA: *Aclaremos que, si se solicita dependencia tanto para prestaciones como para transporte, la misma deberá justificarse con un informe detallado adjuntando escala FIM, firmado por médico tratante o terapeuta ocupacional. Se recuerda que se cumplimentará la dependencia estrictamente como lo dictamina la superintendencia de servicio de salud.***

- Conformidad de prestaciones (adjunto en instructivo) detallando la prestación o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su **CONSENTIMIENTO**



**• PRESTADOR TERAPIAS/INSTITUCIONES:**

- Presupuesto detallando prestación a brindar, días y horarios de la misma. .
- Informe Inicial/ Evolutivo (deberá presentarse de manera semestral).
- Plan de trabajo.
- Título habilitante. En caso de maestra de apoyo deberán presentar además del título, el analítico completo.
- Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores.
- Constancia de opción de AFIP.
- Constancia de CBU emitida por el banco correspondiente.
- Categorización correspondiente vigente en caso de ser un centro.
- Acta acuerdo firmada por responsable del colegio, mamá/ papá o tutor, y maestra en caso de Integración Escolar.
- Seguro de mala praxis.

**• PRESTADOR TRANSPORTE:**

- Licencia de conducir vigente.
- Presupuesto detallando domicilio de salida y destino de cada viaje con días y horarios. Valor de kilometro por viaje, cantidad de kilómetros totales por mes. Detallando si se solicita o no dependencia (el cual en caso de requerirla su valor será un 35% mas al valor total del mes).

nota: ***Aclaremos que, si se solicita dependencia tanto para prestaciones como para transporte, la misma deberá justificarse con un informe detallado adjuntando escala FIM, firmado por medico tratante o terapeuta ocupacional.***

***Se recuerda que se cumplimentara la dependencia estrictamente como lo dictamina la superintendencia de servicio de salud.***

- Diagrama de traslados/ Google Maps.
- Conformidad de transporte.
- Constancia de CBU emitida por el banco.
- Constancia de opción de AFIP.
- Constancia de exenciones en caso de corresponder.
- Póliza de seguro vigente.
- ITV del vehículo vigente.

**IMPORTANTE - CAMBIO DE PRESTADOR**

Se deberá presentar EL Formulario de Cambio de Prestador adjunto en este instructivo, detallando los motivos de dicho cambio, y los periodos trabajados por cada uno/a de las instituciones/profesionales, indicando nombre y apellido de los/as mismos/as. La documentación deberá presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador.



## CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_  
Número de Afiliado/DNI del afiliado: \_\_\_\_\_ Documento  
Tipo (DNI/LC/LE) 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:**

**Período de la prestación:** desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**2. Prestación:**

**Prestador:**

**Período de la prestación:** desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**3. Prestación:**

**Prestador:**

**Período de la prestación:** desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**4. Prestación:**

**Prestador:**

**Período de la prestación:** desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**5. Prestación:**

**Prestador:**

**Período de la prestación:** desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**6. Prestación:**

**Prestador:**

**Período de la prestación:** desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:**

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 y DNI



## Valoración por Escala FIM

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

DNI:

FECHA:

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	<b>Autocuidado</b>	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		<b>Control de esfínteres</b>	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		<b>Movilidad</b>	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
	11. Traslado en bañera o ducha		
	<b>Ambulación</b>		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
	13. Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo 35 puntos	<b>Comunicación</b>	
14. Comprensión			
15. Expresión			
<b>Conocimiento social</b>			
16. Interacción social			
		17. Solución de problemas	
		18. Memoria	
<b>Total</b>			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Hemicuerpo: cada una de las dos partes en las que se divide el cuerpo; puede ser superior, inferior; derecha e izquierda.

Perineal: pelvis

**firma y aclaración medico tratante o terapeuta ocupacional**



**NOTA POR CAMBIO/ BAJA DE PRESTADOR**

Apellido y nombre del afiliado:

\_\_\_\_\_  
Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_.

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **BAJA** de Prestación:

Nombre del prestador:

A partir de la fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Solicito el **ALTA** de Prestación:

Nombre del prestador:

A partir de la fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Por el periodo desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Motivo del cambio/ baja de prestador:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma y aclaración de padre/madre/tutor

# HISTORIA CLINICA DE DISCAPACIDAD



**OBRA SOCIAL**  
DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA  
O.S.P. C.y.D.  
R.N.O.S 1-0340-2

NOMBRE Y APELLIDO

DOMICILIO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

DOCUMENTO TIPO Y NUMERO:

NACIONALIDAD:

N° DE BENEFICIARIOS:

NOMBRE Y APELLIDO DE MADRE, PADRE, TUTOR O ENCARGADO:

DIAGNOSTICO:

PLAN TERAPEUTICO INDICADO: (MODULOS Y DETALLE DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS CON INDICACION DEL PRESTADOR INDIVIDUAL O INSTITUCION QUE LLEVARA ADELANTE EL TRATAMIENTO):

RAZON SOCIAL:

DOMICILIO DE ATENCION:

MODALIDAD DE CONCURRENCIA: (DIAS, HORARIOS, MODALIDAD DE ASISTENCIA: JORNADA SIMPLE O DOBLE)

PARA LAS MODALIDADES DE INTEGRACION SE DEBERA ESPECIFICAR:

\*NOMBRE COMPLETO INSTITUCION EDUCATIVA COMUN:

\*DOMICILIO DE LA INSTITUCION:

\*TRASLADO:

\*ORIGEN:

\*DESTINO:

\*TRATAMIENTO O ESPECIALIDAD DE LA PRESTACION BRINDADA EN EL DESTINO DE VIAJE:

\*KILOMETROS RECORRIDOS POR VIAJE:

\*KILOMETROS TOTALES MENSUALES:

\*DEPENDENCIA:      SI                  NO                  TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

\*JUSTIFICACION CLINICA DE LA DEPENDENCIA: (ESPECIFICAR PUNTAJE ESCALA FIM)

\*SEMESTRE                  1°                  2°                  TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

\*AÑO

FIRMA AUDITOR MEDICO

Cochabamba 1635 C1148ABE Ciudad de Buenos Aires - Tel: (011) 4305-5095

Tel./Fax: (011) 4304-5484/8358 - e-mail: estibaros@hotmail.com

**DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES  
PLAN DE TRATAMIENTO  
CONSENTIMIENTO**



**OBRA SOCIAL**  
DEL PERSONAL DE SALUD TRABAJADOR  
O.S.P. C.y.D.  
R.N. 12.57-0200-7

Lugar y Fecha de Emisión \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)
---	-------------------	-------------------	--------------------


Periodo Ciclo Lectivo, Desde:  Hasta:

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIOS	Lunes De/A	Martes De/A	Miércoles De/A	Jueves De/A	Viernes De/A	Sábado De/A
Esp						
Esp						
Esp						
Esp						

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**CONSENTIMIENTO**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al Beneficiario:

DNI: \_\_\_\_\_ Nro Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario o representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración  
DNI Firmante

Lugar y Fecha de Consentimiento \_\_\_\_\_

DISCAPACIDAD - TRANSPORTE  
DIAGRAMA DE TRASLADOS  
CONSENTIMIENTO



**OBRA SOCIAL**  
DEL PERSONAL DE SALUD Y SEGURIDAD  
O.S.P. C.y.D.  
R.N.O.S 1-0348-2

Lugar y Fecha de Emisión \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**TRASLADOS**

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	------------	----------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dependencia (S/N) \_\_\_\_\_ Monto mensual (\$) \_\_\_\_\_

Periodo Traslados, Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable del Transporte Aclaración

**CONSENTIMIENTO**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al

Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ No Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario o representante Aclaración  
DNI Firmante \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento \_\_\_\_\_

**DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES  
PLAN DE TRATAMIENTO  
CONSENTIMIENTO**



**OBRA SOCIAL**  
DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA  
O.S.P. C.y.D.  
R.N.O.S 1-0340-2

Lugar y Fecha de Emisión \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Prestación a brindar (según mecanismo INTEGRACION) \_\_\_\_\_

Tipo de jornada (Simple o Doble): \_\_\_\_\_ Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_

Matricula (\$): \_\_\_\_\_ Monto mensual (\$) \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Periodo Ciclo Lectivo, Desde:  Hasta:

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIOS	De: A	De: A	De: A	De: A	De: A	De: A

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de Institución Aclaración

**CONSENTIMIENTO**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Nro Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario o representante Aclaración DNI Firmante

Lugar y Fecha de Consentimiento \_\_\_\_\_