

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2026

Cada prestación deberá ser solicitada **30 días previos** al inicio de esta, con la documentación correspondiente para su evaluación. No se autorizarán meses anteriores a la presentación de la documentación.

El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta neta responsabilidad del prestador y el afiliado.

Asimismo, comunicamos que el **tratamiento completo** de cada beneficiario debe ser prescripto por **un médico** que se encuentre informado y de acuerdo con el mismo. En caso de requerirse nuevas prestaciones al tratamiento en meses posteriores, la nueva prescripción deberá mencionar **todo el tratamiento actual completo** independientemente del profesional que la indique y realizar un breve resumen médico.

Toda la documentación requerida debe presentarse **sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra.**

Cada beneficiario debe solicitar un **expediente independiente** (ej. Hermanos).

Presentación de la documentación

La documentación requerida podrá presentarse de dos maneras: **digital** o **física**.

1. Presentación digital

- Los documentos deben escanearse desde los originales y enviarse en formato **PDF**.
- Los archivos PDF deberán estar **unificados por especialidad** o incluir la **totalidad de las prestaciones** (Ejemplo: *PDF 1 – Psicología* o *PDF – Tratamiento completo*).
- Importante: **no se aceptan fotos sueltas**.
- Esta modalidad permite una revisión más organizada y efectiva.
- Todo el material debe enviarse en **un único correo electrónico**, indicando en el **asunto el nombre y apellido del beneficiario**.
- Correo de envío: serviciosocial@ososs.com.ar

2. Presentación física

- La documentación debe entregarse en un **sobre cerrado**, consignando en el frente el **nombre del beneficiario** y la leyenda **SERVICIO SOCIAL**.
- La entrega se realiza en la sede de la Obra Social, ubicada en **Avellaneda 212, CABA**.

Documentación a presentar:

- ❖ Nota dirigida al presidente de la Obra Social, solicitando la renovación del beneficio. La misma debe tener **la fecha de entrega o de envío**, no se aceptarán notas con fechas diferentes.
- ❖ Fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser actualizado en caso de tener vencimiento durante el año en curso.
- ❖ Certificado de alumno regular (si es estudiante).

- ❖ Fotocopia del último recibo de haberes.
- ❖ Cronograma de actividades (si solicita dos o más prestaciones)
- ❖ Conformidad por las prestaciones – Anexo II

REQUERIMIENTO PARA EL PROFESIONAL MEDICO

(Toda documentación que se encuentre incompleta o con errores, será devuelta esperando su modificación para ser evaluada)

- ❖ **Resumen de Historia Clínica** (Formulario OSOSS)
 - Deberá contener evolución y estado actual del paciente. Firmado y sellado por el médico tratante.
- ❖ **Prescripción Médica** (Formulario OSOSS)
 - La **fecha de emisión** de la prescripción debe ser a partir de **noviembre de 2025** y siempre **anterior al período solicitado** para la prestación. (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/2026 → la fecha debe ser 28/02/2026 o anterior)
 - La prescripción debe consignar de manera clara:
 - El **diagnóstico** del beneficiario.
 - El **período solicitado**, el cual no necesariamente debe coincidir con el año calendario. (Ejemplos: *febrero a diciembre 2026 / abril a diciembre 2026*)
 - La prescripción **no podrá ser extendida por profesionales de la institución** donde se llevarán a cabo las prestaciones.
 - Es requisito que se encuentre **firmada y sellada por el médico tratante**.
 - La prescripción tendrá una **vigencia de tres (3) meses** para el inicio del tratamiento.

REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

❖ **Informe de evaluación inicial:** se solicitará al comienzo de la prestación, en la cual deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

❖ **Informe evolutivo de la prestación:** Se solicita la presentación de un **Informe Evolutivo** que incluya la siguiente información:

- Período de abordaje.
- Modalidad de la prestación.
- Descripción de las intervenciones realizadas **con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo**.
- Resultados alcanzados **durante el proceso**.

✚ Este informe deberá remitirse en dos instancias:

1. Al inicio del año de tratamiento.
2. A los seis (6) meses de evolución.

❖ **Plan de trabajo:**

Deben figurar los siguientes datos:

- Lugar y fecha.
- Periodo.
- Modalidad de prestación.
- Objetivos específicos de abordaje.
- Estrategias que utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Firmado de manera ológrafa por el profesional tratante.
- Firmado por el director institucional de manera ológrafa (Sólo Instituciones Escuelas, Centro de Día, CET, Centro de Rehabilitación)

Todos los informes y planes deben ser realizados de manera individual para cada afiliado. Asimismo, cada página debe ser enumerada.

❖ **Presupuesto:** (Formulario OSOSS)

- El presupuesto deberá presentarse con fecha posterior a la orden médica.
- Las firmas deben ser ológrafas (manuscrita). No se aceptarán en otro formato.
- La cobertura de las prestaciones se habilitará conforme al Nomenclador de la Superintendencia de Servicios de Salud y de acuerdo con los aranceles que reglamente el Ministerio de Salud, publicadas en el Boletín Oficial.

❖ **Documentación habilitante:**

- **Todo prestador** deberá estar inscripto en el **Registro Nacional de Prestadores** (RNP) que acredite su condición mediante certificado específico y habilitación de consultorio.
- Para centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana, RNP emitido por la Superintendencia de Servicios de Salud vigentes.
- Para el resto de las prestaciones categorización DEFINITIVA emitido por el Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de apoyo.
- Seguro profesional.

En caso de necesitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, Centro de día y CET, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por la Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.

Planilla de asistencia mensual en carácter de declaración jurada por cada prestación. Deberá ser firmada por el prestador, la persona con discapacidad o familiar responsable o tutor, en el mes en curso de la prestación. Siendo sujeta a posibles auditorías terreno u otra modalidad. Las planillas de asistencia serán enviadas una vez autorizada la prestación.

Firma y aclaración:

Fecha: