

INSTRUCTIVO

MECANISMOS DE INTEGRACIÓN

AÑO 2026

La **Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)**, a través de Mecanismos de Integración, financiará las prestaciones básicas por discapacidad mediante subsidios directos, siempre que los solicitantes de los mismos den cumplimiento a la normativa vigente en la materia y a los procedimientos y requisitos incluidos en la misma.

NORMAS DE AUTORIZACIÓN

- Cada solicitud se analizará y se autorizará desde el sector de Mecanismos de Integración, una vez que se haya presentado toda la documentación completa y correcta. A posterior evaluación del equipo interdisciplinario de discapacidad de BAYRES.
- En ningún caso la recepción de la documentación implica la renovación de la autorización por la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoria del sector de Mecanismos de Integración y tiene un tiempo de gestión mínimo de 30 días hábiles desde recibida la documentación por email. Una vez finalizada la gestión, se le informara vía email si la prestación fue autorizada o no.
- Las prestaciones se autorizan por periodo de fecha posterior a la presentación de la documentación completa.
- No se autorizarán periodos retroactivos ni se gestionarán reintegros por prestaciones brindadas sin la previa autorización de la Obra Social.
- No se autorizarán presupuestos por capacitaciones, supervisiones y/o coordinación de profesionales y/o equipos.
- No se autorizará tratamientos en instituciones y/o profesionales que posean vencida la categorización y/o NO estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o en el Servicio Nacional de Rehabilitación (ANDIS).
- La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) no avala la prestación de **ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**, en su lugar se puede optar por Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de Apoyo.

¿CÓMO ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN?

La documentación deberá ser enviada vía email al correo integracion.bayres@gmail.com de la siguiente manera:



Solo se aceptará la documentación digitalizada en formato PDF, motivo por el cuál la misma deberá verse con buena calidad y estar en orden, caso contrario, se pedirá nuevamente.

NO se aceptará el envío de documentación vía One Drive, Cloud, archivos ZIP o Links, por seguridad informática.

Una vez finalizada la verificación de la documentación (la cuál puede tardar hasta 15 días hábiles), se informará vía email en caso de faltante, corrección y/o la propia autorización de las prestaciones.

Tener en cuenta que las prestaciones serán autorizadas una vez que la documentación de las mismas esté completa y correcta. Por ello, NO se liquidarán facturas hasta que el expediente se encuentre en estado Autorizado.

¿Cómo convertir imágenes a PDF?

Desde computadora: <https://www.ilovepdf.com/es>

Desde celular: CamScanner, o aplicaciones similares

ACLARACIONES GENERALES

- El **Resumen de Historia Clínica** es una planilla única y obligatoria, que debe ser completada por el médico tratante.
- El **médico tratante** debe ser un especialista en Neurología Infantil o Pediatría. No necesariamente debe ser uno de nuestros médicos, puede optar por uno fuera de la cobertura, si así se desea.
- El **Pedido Médico** debe estar comprendido dentro del **Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad**. Debe estar firmado y sellado por el mismo médico tratante que haya completado el RHC. Además, su fecha de confección debe ser anterior al comienzo de la prestación que se solicita: Si pide periodo de Enero 2026 a Diciembre 2026, la orden debe tener fecha de meses anteriores a dicho periodo (Es decir, Diciembre 2025, por ejemplo).
- El **Anexo II (Conformidad Prestacional)** es una planilla única y obligatoria, que debe ser completada y firmada por la persona con discapacidad, familiar responsable o tutor.
- La **Escala F.I.M** sólo puede ser completada por un Licenciado en Terapia Ocupacional (Art. 13 Ley 24.901), y deberá ser presentada para pedir la dependencia en prestaciones específicas como Centro Educativo Terapéutico, Transporte, Hogar, Hogar con Centro Educativo Terapéutico y Centro de Día. Las demás prestaciones que no fueron mencionadas en este listado, no comprenden la dependencia.
- La **Dependencia**, en todos los casos, **se reconoce solo en personas de 7 (siete) años en adelante**, cuyo puntaje de Escala F.I.M sea inferior a 60 (sesenta) puntos. En caso de tener 60 (sesenta) puntos o más, la persona se considera independiente. Además de la debida justificación en el Resumen de Historia Clínica.
- Las prestaciones educativas (**Escolaridad Pre-Primaria, Escolaridad Primaria, Módulo de Apoyo a la Integración Escolar, Módulo Maestra de Apoyo, Maestra de Apoyo**) son **incompatibles** entre si y están sujetas al Ciclo Lectivo, por lo cual, siempre comienzan en el mes de febrero/marzo, al igual que las clases. **Al decir incompatibles, se refiere a que no se puede cursar más de una de esas prestaciones a la vez.**

PRESTACIONES DE APOYO (TERAPIAS)

Son aquellas incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad (Psicología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Fonoaudiología, entre otras).

Documentación a presentar:

- Resumen de Historia Clínica (**Planilla Nº 01**)
- Orden médica con pedido (**Planilla Nº 02**)
- Constancia de Alumno Regular
- Informe Inicial o Evolutivo, según corresponda a inicio o continuidad de tratamiento
- Plan de Tratamiento (**Planilla Nº 03**)
- Presupuesto para Prestaciones de Apoyo (**Planilla Nº 04**)
- Formulario Datos del Prestador (**Planilla Nº 05**)
- Título del profesional de ambos lados
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Salud (RNP) del profesional
- Constancia de inscripción en el Registro Único de Profesionales de la Salud (RUP) del profesional
- Matrícula correspondiente del profesional
- Póliza de Seguro contra mala praxis / responsabilidad civil del profesional
- Constancia de Opción / Inscripción en la AFIP del profesional
- Constancia de CBU del profesional
- Anexo II – Conformidad prestacional (**Planilla Nº 15**)
- Habilitación Sanitaria del lugar donde se brindará la prestación, expedida por autoridad competente o colegio de profesionales.

MÓDULO INTEGRAL SIMPLE

Se conforma el Módulo cuando la persona cursa 3 (mínimo) o 4 (máximo) sesiones de diferentes prestaciones de apoyo por semana (de lunes a viernes), con un total de 20 sesiones mensuales como tope y asiste a un centro que le proporciona todas las terapias que necesita.

Dicho módulo únicamente puede ser brindado por un centro categorizado.

Documentación a presentar:

- Resumen de Historia Clínica (**Planilla Nº 01**)
- Orden médica con pedido (**Planilla Nº 02**)
- Constancia de Alumno Regular.
- Informe Inicial o Evolutivo, según corresponda a inicio o continuidad de tratamiento (Uno por cada terapia a cursar).
- Plan de Tratamiento, uno por cada terapia a cursar. (**Planilla Nº 03**)
- Presupuesto para Instituciones, uno donde en el cronograma conste todas las terapias a cursar. (**Planilla Nº 06**)
- Formulario Datos del Prestador (**Planilla Nº 05**)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación Sanitaria del centro
- Póliza de Seguro contra mala praxis / Responsabilidad Civil del centro
- Constancia de Opción / Inscripción en la AFIP del centro
- Constancia de CBU del centro
- Anexo II – Conformidad prestacional (**Planilla Nº 15**)

MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO

Se conforma el Módulo cuando la persona cursa 5 (mínimo) o más sesiones de diferentes prestaciones de apoyo por semana (de lunes a viernes), con un total de 20 sesiones mensuales como mínimo o más y asiste a un centro que le proporciona todas las terapias que necesita.

Dicho módulo únicamente puede ser brindado por un centro categorizado.

Documentación a presentar:

- Resumen de Historia (**Planilla Nº 01**)
- Orden médica con pedido (**Planilla Nº 02**)
- Constancia de Alumno Regular.
- Informe Inicial o Evolutivo, según corresponda a inicio o continuidad de tratamiento (Uno por cada terapia a cursar).
- Plan de Tratamiento, uno por cada terapia a cursar (**Planilla Nº 03**)
- Presupuesto para Instituciones, uno donde en el cronograma conste todas las terapias a cursar (**Planilla Nº 06**)
- Formulario Datos del Prestador (**Planilla Nº 05**)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación Sanitaria del centro
- Póliza de Seguro contra mala praxis / Responsabilidad Civil del centro
- Constancia de Opción / Inscripción en la AFIP del centro
- Constancia de CBU del centro
- Anexo II – Conformidad prestacional (**Planilla Nº 15**)

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Para bebés y niños pequeños de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años, en caso de no encontrarse escolarizados.

Dentro del Módulo Estimulación Temprana, solo podrá tener 3 terapias como máximo con 1 sesión semanal cada una. Ésto debe especificarse en la orden médica y RHC.

Únicamente puede ser brindado por instituciones/centros que presenten inscripción vigente en la Superintendencia de Servicios de Salud para Estimulación Temprana.

Documentación a presentar:

- Resumen de Historia Clínica (**Planilla N° 01**)
- Orden médica con pedido (**Planilla N° 02**)
- Informe Inicial o Evolutivo, según corresponda a inicio o continuidad de tratamiento.
- Plan de Tratamiento (**Planilla N° 03**)
- Presupuesto para Instituciones, uno donde en el cronograma conste todas las terapias a cursar (**Planilla N° 06**)
- Formulario Datos del Prestador (**Planilla N° 05**)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación Sanitaria del centro
- Póliza de Seguro contra mala praxis / Responsabilidad Civil del centro
- Constancia de Opción / Inscripción en la AFIP del centro
- Constancia de CBU del centro
- Anexo II – Conformidad prestacional (**Planilla N° 15**)

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO (CET)

Está dirigido a personas con discapacidad que presenten restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

Únicamente puede ser brindado por instituciones que presenten inscripción vigente en la Superintendencia de Servicios de Salud para dicha prestación.

Documentación a presentar:

- Resumen de Historia Clínica (**Planilla N° 01**)
- Orden médica para Centro Educativo Terapéutico (**Planilla N° 02**)
- Constancia de Alumno Regular
- Informe Inicial o Evolutivo, según corresponda a inicio o continuidad de tratamiento.
- Plan de Tratamiento (**Planilla N° 03**)
- Presupuesto para Instituciones (**Planilla N° 06**)
- Formulario Datos del Prestador (**Planilla N° 05**)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación Sanitaria del centro
- Póliza de Seguro contra mala praxis / Responsabilidad Civil del centro
- Constancia de Opción / Inscripción en la AFIP del centro
- Constancia de CBU del centro
- Anexo II – Conformidad prestacional (**Planilla N° 15**)

ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA Y ESCOLARIDAD PRIMARIA

Pre-Primaria (Nivel inicial / Jardín): Se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello. Prestación brindada únicamente por escuelas categorizadas para brindar esta prestación (Jornada Simple o Doble). Sujeto al ciclo lectivo escolar (Febrero/Marzo – Diciembre).

Primaria: Se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente. Prestación brindada únicamente por escuelas categorizadas para brindar esta prestación (Jornada Simple o Doble). Sujeto al ciclo lectivo escolar (Febrero/Marzo – Diciembre).

Documentación a presentar:

- Resumen de Historia Clínica (**Planilla Nº 01**)
- Orden médica para Escolaridad (**Planilla Nº 02**)
- Constancia de Alumno Regular
- Informe Inicial o Evolutivo, según corresponda a inicio o continuidad de tratamiento.
- Plan de Tratamiento (**Planilla Nº 03**)
- Presupuesto para Instituciones (**Planilla Nº 06**)
- Formulario Datos del Prestador (**Planilla Nº 05**)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación Sanitaria de la escuela
- Póliza de Seguro contra mala praxis / Responsabilidad Civil
- Constancia de Opción / Inscripción en la AFIP de la escuela
- Constancia de CBU del centro
- Anexo II – Conformidad prestacional (**Planilla Nº 15**)

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO) - MAIE/SAIE

Se brinda por un **mínimo de 8 horas semanales** para la integración en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Ideal para jornada simple (4 horas por día) de lunes a viernes, o jornada doble.

El profesional que brinde esta modalidad, no podrá ofrecer terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado. **Puede acompañar en el aula o no**, según el servicio que brinde el prestador.

Documentación a presentar:

- Resumen de Historia Clínica (**Planilla Nº 01**)
- Orden médica para Apoyo a la Integración Escolar (**Planilla Nº 07**)
- Constancia de Alumno Regular
- Informe Inicial o Evolutivo, según corresponda a inicio o continuidad de tratamiento.
- Plan de Tratamiento (**Planilla Nº 03**)
- Adaptaciones Curriculares
- Presupuesto para Instituciones (**Planilla Nº 06**)
- Formulario Datos del Prestador (**Planilla Nº 05**)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación Sanitaria de la Institución
- Póliza de Seguro contra mala praxis / Responsabilidad Civil
- Constancia de Opción / Inscripción en la AFIP del centro
- Constancia de CBU del centro
- Acta de Acuerdo (**Planilla Nº 08**)
- Anexo II – Conformidad prestacional (**Planilla Nº 15**)

MÓDULO MAESTRA DE APOYO

Se brinda por un **máximo de 8 horas semanales o menos** para la integración en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Implica un profesional, EXCLUSIVAMENTE Psicopedagogo, Lic. En Psicopedagogía o Maestro en Educación Especial con título habilitante, **que puede acompañar en el aula o no**, según el servicio que brinde el prestador.

El profesional que brinde esta modalidad, no podrá ofrecer terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

Documentación a presentar:

- Resumen de Historia Clínica (**Planilla N° 01**)
- Orden médica para Maestra de Apoyo (**Planilla N° 07**)
- Constancia de Alumno Regular
- Informe Inicial o Evolutivo, según corresponda a inicio o continuidad de tratamiento.
- Plan de Tratamiento (**Planilla N° 03**)
- Adaptaciones Curriculares
- Presupuesto para Instituciones (**Planilla N° 06**)
- Formulario Datos del Prestador (**Planilla N° 05**)
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación Sanitaria de la Institución
- Póliza de Seguro contra mala praxis / Responsabilidad Civil
- Constancia de Opción / Inscripción en la AFIP del centro
- Constancia de CBU del centro
- Acta de Acuerdo (**Planilla N° 08**)
- Anexo II – Conformidad prestacional (**Planilla N° 15**)

TRANSPORTE

Comprende el traslado de la persona con discapacidad desde su residencia hasta el establecimiento educativo o hasta sus terapias y viceversa.

Documentación a presentar:

- Resumen de Historia Clínica (**Planilla Nº 01**)
- Orden médica para transporte (**Planilla Nº 09**)
- Justificación médica para transporte (**Planilla Nº 10**)
- En caso de dependencia, Escala F.I.M (**Planilla Nº 11**)
- Presupuesto para Transporte (**Planilla Nº 12**)
- Captura de diagrama de recorridos en Google Maps
- Formulario Datos del Prestador (**Planilla Nº 05**)
- Habilitación municipal y/o provincial vigente
- Verificación Técnica Vehicular (VTV) vigente
- Habilitación para traslados de pasajeros / personas con discapacidad
- Póliza de seguro vigente
- Licencia de conducir vigente
- Cédula del vehículo
- Constancia de opción / inscripción en AFIP
- Constancia de CBU
- Formulario de Declaración Jurada para Transporte (**Planilla Nº 13**)
- Conformidad de Transporte (**Planilla Nº 14**)

HOGAR EN TODAS SUS MODALIDADES / PEQUEÑO HOGAR

Además de la documentación antes mencionada, también deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

CAMBIO DE PRESTADOR

Deberá presentar la documentación detallada según la prestación de la cuál cambiará el prestador, y la solicitud de Cambio de Prestador (**Planilla Nº 16**) completada en su totalidad por el familiar responsable del afiliado.

IMPORTANTE

Los prestadores son a libre elección del afiliado y/o familiar responsable, los mismos deben cumplir con la presentación de la documentación y planillas mencionadas en el presente Instructivo para poder emitir la autorización correspondiente.

o.s.p.d.i.c.a.

PLANILLAS

MECANISMOS DE INTEGRACIÓN

AÑO 2026

o.s.p.d.i.c.a.**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA****Obra Social: O.S.P.D.I.C.A****Fecha:** ____ / ____ / ____**Nombre y Apellido:** _____**DNI:** _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____**Diagnóstico:** _____**Posee dependencia:** SI ☐ / NO ☐ (Adjuntar planilla FIM si corresponde) **Puntaje FIM:** _____**Justificación de dependencia (si corresponde):**

Antecedente de intervenciones terapéuticas y/o educativas:

Evolución del cuadro clínico de base en el último año:

Plan terapéutico solicitado para el año 2026:

Firma y Sello del médico tratante
(Especialista en Neurología Infantil o Pediatría)

o.s.p.d.i.c.a.

ORDEN MÉDICA
Prestación de Apoyo / Establecimientos

Obra Social: O.S.P.D.I.C.A**Fecha:** ____ / ____ / ____**Nombre y Apellido:** _____**DNI:** _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____**Diagnóstico:** _____

1) Se indica _____ (Indicar tratamiento)
por la cantidad de _____ sesiones semanales,

Periodo desde _____ (mes) hasta _____ (mes) del año 2026.

2) Se indica _____ (Indicar tratamiento)
por la cantidad de _____ sesiones semanales,

Periodo desde _____ (mes) hasta _____ (mes) del año 2026.

3) Se indica _____ (Indicar tratamiento)
por la cantidad de _____ sesiones semanales,

Periodo desde _____ (mes) hasta _____ (mes) del año 2026

4) Se indica _____ (Indicar tratamiento)
por la cantidad de _____ sesiones semanales,

Periodo desde _____ (mes) hasta _____ (mes) del año 2026

5) Se indica _____ (Indicar tratamiento)
por la cantidad de _____ sesiones semanales,

Periodo desde _____ (mes) hasta _____ (mes) del año 2026

6) El paciente requiere dependencia _____ (si/no).-

(firma y sello del médico tratante)

o.s.p.d.i.c.a.**PLAN DE TRATAMIENTO**

Fecha: ____ / ____ / ____

Prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

CUIT: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____ Género: _____

Diagnóstico: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

ABORDAJE:

OBJETIVOS:

Firma y sello del prestador o institución

o.s.p.d.i.c.a.**PRESUPUESTO PARA PRESTACIÓN DE APOYO****Obra Social: O.S.P.D.I.C.A****Fecha:** ____ / ____ / ____

Prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

CUIT: _____

Prestación/Especialidad: _____

Periodo prestacional: Desde ____ hasta ____ del año ____

Cantidad de sesiones mensuales: ____ Valor de la prestación: \$ ____

Monto mensual: \$ ____ Total anual: \$ ____

PARA

Nombre y Apellido: _____

DNI: ____ Edad: ____ Género: Femenino ☐ / Masculino ☐**Cronograma de Asistencia**

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Desde						
Hasta						

 Firma y sello del prestador

o.s.p.d.i.c.a.**FORMULARIO DE DATOS DEL PRESTADOR****Fecha:** ____ / ____ / ____

Beneficiario: _____

Prestador (Nombre/Razón Social): _____

CUIT: _____

Correo Electrónico: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Código postal: _____

Teléfono Fijo / Celular: _____

Condición frente al I.V.A.: _____

Impuesto a IIBB N°: _____

CBU: _____

IMPORTANTE

La cuenta bancaria debe pertenecer al profesional que brinde la prestación y la facture.

Deberá adjuntar las constancias correspondientes para el CUIT, IIBB y CBU

En caso de que exista alguna modificación en los datos aquí consignados, deberá remitir una planilla nueva con los datos actualizados.

Firma y sello del prestador

o.s.p.d.i.c.a.**PRESUPUESTO PARA INSTITUCIONES****Obra Social: O.S.P.D.I.C.A****Fecha:** ____ / ____ / ____

Razón Social: _____

Domicilio de atención: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

CUIT: _____

Modalidad prestacional: _____

Tipo de jornada: _____ Categoría: _____

Periodo prestacional: Desde _____ hasta _____ del año _____

Monto mensual: \$ _____

Almuerzo: SI ☐ / NO ☐Dependencia: SI ☐ / NO ☐**PARA**

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____ Género: Femenino ☐ / Masculino ☐**Cronograma de Asistencia**

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Desde						
Hasta						
Prestación						

 Firma y sello del prestador

o.s.p.d.i.c.a.

ORDEN MÉDICA
MAESTRA DE APOYO / APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

Obra Social: O.S.P.D.I.C.A

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

Diagnóstico: _____

Se indica el tratamiento de (marcar con un x lo que corresponda):

☐

Maestra de Apoyo,

☐

Módulo Apoyo a la integración escolar (Equipo)

Periodo desde _____ (mes) hasta _____ (mes) del año 2026

Justificación Médica:

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

ACTA DE ACUERDO

En la ciudad de _____ a los _____ días de mes de _____ de _____, se establece en común acuerdo entre las instituciones _____ y los padres del alumno/a _____

Lo siguiente:

- 1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeña el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.
- 2- El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el círculo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.
- 3- La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.
- 4- Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informaran en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.
- 5- Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.
- 6- Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.
- 7- Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones.
Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

.....
FIRMA DE LOS PADRES

.....
FIRMA DEL EQUIPO DE INTEGRACION

.....
FIRMA DE LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA

o.s.p.d.i.c.a.**PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE***A completar por Médico Especialista (Neurologo Infantil o Pediatra)*

Fecha: ____ / ____ / ____ (Debe ser anterior al inicio del tratamiento)

DATOS DEL AFILIADO:

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Sexo: _____

DIAGNÓSTICO: _____*Se indica que el Afiliado se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos:*

TRASLADOS:

Desde (lugar de origen) _____ hasta (lugar de destino) _____

Período: Desde _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

DEPENDENCIA: SI ☐ / NO ☐ En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM
(Marcar con X en caso de corresponder)**Justificación médica de dependencia:***(Completar solo en caso afirmativo)*

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO



JUSTIFICACIÓN MÉDICA POR TRANSPORTE

Obra Social: O.S.P.D.I.C.A

NOMBRE		APELLIDO
DNI Nro.	EDAD	SEXO
DIAGNÓSTICO		

Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a:

Por lo que requiere traslado no público:

Desde (lugar de origen)

Hasta (lugar de destino)

Durante el período entre (mes) Y (mes) Del año

.....

Firma y sello médico tratante

Escala F. I. M. - (Medida de Independencia Funcional)

Apellido y Nombre:
D.N.I.:
N° de Carnet:
Diagnóstico:
Edad:
Institución:
Fecha de Ingreso a la Institución:
Modalidad:

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación 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 las planillas 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 Auditoria del Sector DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoria 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 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	PUNTAJE
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACION	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	
	CONEXION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	PUNTAJE F. I. M. TOTAL	

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1 - ALIMENTACION

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que 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 INTESTINOS

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 pie. 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 – COMPRENSION

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

15 – EXPRESION

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16 – INTERACCION 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 – RESOLUCIONES DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos

18 – MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

EVALUACION INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

FIRMA Y SELLO DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES

o.s.p.d.i.c.a.**PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE**

Fecha de emisión: ____ / ____ / ____

Razón Social del prestador: _____

CUIT: _____ Domicilio: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguro: _____ Póliza N°: _____

Apellido y nombre beneficiario: _____

DNI: _____

Periodo: De: _____ A: _____ Año: _____

Diagrama de traslados:

Viaje	Origen	Destino	KM x viaje	Valor diario	Valor mensual
1					
2					
3					
4					

Cronograma de traslado (Marque con una X los días de traslado que corresponde a cada viaje)

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						
4						

Total KM mensuales: _____ Valor KM: \$ _____ Monto mensual: \$ _____

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

Firma y aclaración del transportista: _____

o.s.p.d.i.c.a.**DECLARACION JURADA DE TRANSPORTE**

En la ciudad de _____ al día de la fecha _____.

Por medio de la presente, en mi carácter de padre / madre / tutor de

_____ con DNI _____, informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor a favor del nombrado haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

PARENTESCO

o.s.p.d.i.c.a.**CONFORMIDAD DE TRANSPORTE**

Fecha de emisión: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre beneficiario: _____

DNI: _____ N° afiliado: _____

Yo _____,
con documento tipo (____) N° _____ doy mi
conformidad al diagrama de traslados por el periodo: desde
_____ hasta _____.

Firma: _____**Aclaración:** _____**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre
de _____.

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____**Aclaración:** _____**Documento:** _____

ANEXO II – 2. CONFORMIDAD PRESTACIONAL AÑO 2026

Fecha de emisión: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre del beneficiario: _____.

DNI: _____ N° afiliado: _____

Yo _____ con documento tipo _____
N° _____, doy mi conformidad respecto a las prestaciones que se detallan a continuación 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 _____.

Firma: _____.*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 de las prestaciones detalladas precedentemente

Firma: _____.*Aclaración:* _____.*Documento:* _____.

o.s.p.d.i.c.a.**SOLICITUD CAMBIO DE PRESTADOR****Fecha:** ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI del afiliado: _____

En mi carácter de representante legal del paciente mencionado y mediante la presente nota, solicito el cambio de prestador para el tratamiento de _____ (indicar prestación), a partir del día ____ del mes de ____ del año ____

El nuevo profesional que atenderá al beneficiario será:

_____ (Indicar nombre del nuevo prestador designado)

Las razones del cambio de prestador son las siguientes:

Firma del representante legal del beneficiario:

Aclaración:

DNI:

Parentesco: