INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Afiliados -

INFORMACIÓN IMPORTANTE

El legajo deberá presentarse sin excepción en el plazo establecido e informado. Caso contrario su autorización y vigencia quedará sujeta a la evaluación de SIPSSA y la respectiva obra social, pudiendo tener mayor demora en la autorización.

Sólo podrán comenzar los tratamientos prescriptos una vez que se haya presentado la documentación del legajo **COMPLETA**, y que SIPSSA haya autorizado a iniciar 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 SIPSSA a cubrir las mismas.

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

Se deberá presentar el esquema terapéutico **COMPLETO** (con la documentación de **TODAS** las terapias que el afiliado tendrá en el año) para su evaluación. Caso contrario, el esquema prestacional autorizado será reevaluado, implicando plazos mayores para la autorización.

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.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Afiliados -

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

La documentación del legajo deberá enviarse por mail al correo discapacidad@sipssa.com.ar, en formato PDF en uno, dos o máximo 3 archivos en **UN SOLO MAIL**.

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

• BENEFICIARIO/A

❑ Certificado Único de Discapacidad **vigente**. (Imagen completa y legible. **No se tomarán prórrogas**).

❑ Cronograma de prestaciones (adjunto en instructivo).

❑ Conformidad de prestaciones (adjunto en instructivo) detallando la prestación o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su CONSENTIMIENTO / CONFORMIDAD.

• MÉDICO/A

❑ Prescripción médica confeccionada por el/la médico/a tratante solicitando la prestación, detallando cantidad de sesiones mensuales e indicando que la misma corresponde al ciclo 2025. Ej. Periodo marzo 2025 a diciembre 2025.

❑ Solicitud de transporte en caso de corresponder. Debe indicar y fundamentar el motivo por el cual se solicita la prestación de transporte (adjunto en instructivo)

❑ Informe médico con antecedentes significativos que indique diagnóstico, descripción del estado actual y evolución confeccionada por el/la médico/a tratante (adjunto en instructivo)

❑ Valoración por escala FIM (adjunto en instructivo) Todas las indicaciones deben estar realizadas por el/la mismo/a médico/a tratante.

Aclaramos que, si se solicita dependencia, la misma deberá justificarse con un informe detallado del médico que la prescribe y del terapista ocupacional del centro.

Para el caso del transporte, la dependencia deberá justificarse con un informe detallado del médico que la prescribe. Se reconocerá la misma sólo en caso de pacientes mayores de 6 años, con discapacidad motora inhabilitante.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Afiliados -

• PRESTADOR TERAPIAS

❑ Presupuesto.

❑ Informe Inicial/ Evolutivo.

❑ Plan de trabajo.

❑ Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores.

❑ Constancia de opción de AFIP.

❑ Constancia de CBU emitida por el banco correspondiente.

❑ Nota de datos bancarios.

❑ Título habilitante. En caso de maestra de apoyo deberán presentar además del título, el analítico completo.

❑ 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.

❑ Certificado de Alumno Regular del año 2025 en caso de Integración Escolar.

• PRESTADOR TRANSPORTE

❑ Presupuesto.

❑ Diagrama de traslados.

❑ Conformidad de transporte.

❑ Google Maps.

❑ Constancia de CBU emitida por el banco.

❑ Nota de datos bancarios.

❑ Constancia de opción de AFIP.

❑ Constancia de exenciones en caso de corresponder.

❑ Habilitación de RUGEPRESA o ente correspondiente, vigente.

❑ Póliza de seguro vigente.

❑ Licencia de conducir vigente.

❑ ITV del vehículo vigente.

CAMBIO/ BAJA DE PRESTADOR

CAMBIO DE PRESTADOR

Se deberá presentar la siguiente documentación:

❑ 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.

❑ Formulario de conformidad de prestación adjunto en este instructivo con los datos del nuevo prestador/a firmado por el/la afiliado/a titular.

❑ Plan de abordaje individual del nuevo prestador/a con evaluación de inicio de tratamiento donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención.

❑ Presupuesto del nuevo prestador/a (Deberá especificar días y horarios de atención)

❑ Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitido por la Superintendencia de Servicios de Salud.

❑ Constancia de opción de AFIP.

❑ Certificado de CBU Bancario: debe ser el certificado de CBU enviado por el banco o en su defecto el que se genera desde Home Banking.

❑ Título profesional habilitante. En el caso de maestra de apoyo deberán presentar también analítico completo.

❑ Constancia de exenciones impositivas.

Si la prestación que se modifica corresponde a **maestro/a de apoyo o apoyo a la integración escolar**, también deberán presentar:

- Acta Acuerdo entre la institución o maestra/o de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el/la afiliado/a titular de la Obra Social. Deberá ser presentada dentro de los 30 días corridos a partir del inicio de la prestación.
- Certificado de Alumno Regular del año para el cual se solicitan la prestación.

BAJA DE PRESTADOR

Se deberá completar el Formulario de cambio/baja de prestador adjunto en este instructivo, informando los motivos de la baja e indicando desde cuando se hace efectiva.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2025

- Afiliados -

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Toda esta documentación debe digitalizarse, unificarse y presentarse vía mail, en formato PDF, en un máximo de 3 archivos, en los plazos mencionados.

Puede enviarlo tanto el centro como los papás, siempre y cuando se presente **TODO UNIFICADO**.

Se deberá enviar por mail al correo discapacidad@sipssa.com.ar, colocando en el asunto **APELLIDO, NOMBRE Y NÚMERO DE DNI DEL AFILIADO**.

Es de suma importancia que el legajo se presente en una sola oportunidad con todas las prestaciones que el paciente tendrá en el año. De lo contrario, la autorización del mismo tendrá importantes demoras. Sólo se permitirá presentar por separado la integración escolar hasta el mes de abril del año en curso.

Una vez que SIPSSA haya realizado las verificaciones del legajo, se le hará una devolución por mail al correo desde el cual enviaron la documentación, indicando la autorización del expediente, o detallando las modificaciones o correcciones a realizar para la aprobación del mismo.

Sólo se reconocerán las prestaciones hasta 1 mes antes de la presentación del legajo. Ej. Si el legajo se presenta en Abril pero la prescripción médica indica desde Febrero, se reconocerá la prestación desde el mes de Marzo.

Pedimos por favor no realizar consultas sobre el estado de la autorización del legajo hasta tanto no se hayan cumplido los plazos de demora informados, ya que esto puede generar que el mail con el legajo pierda su turno de orden de llegada.

Ante cualquier duda o consulta, lo invitamos a comunicarse con nuestro equipo a través de los canales oficiales de comunicación, por teléfono al 0351- 5711600 int. 114 ó 108, o por mail al correo discapacidad@sipssa.com.ar.

POR DUDAS O CONSULTAS SOBRE LA CONFECCIÓN DEL LEGAJO, PUEDE CONSULTAR POR NUESTRO INSTRUCTIVO PARA EL ARMADO DE LEGAJOS 2025

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2025

Fecha: ____/_____/_____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado/DNI del afiliado: _____

Yo _____con 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 _____

1. Prestación:_____

Prestador:_____

Período de la prestación: desde_____hasta _____

1. Prestación:_____

Prestador:_____

Período de la prestación: desde_____hasta _____

1. Prestación:_____

Prestador:_____

Período de la prestación: desde_____hasta _____

1. Prestación:_____

Prestador:_____

Período de la prestación: desde_____hasta _____

1. 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

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Afiliados -

CONFORMIDAD TRANSPORTE AÑO 2025

Fecha: ____/____/_____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado/DNI: _____

Yo_____ _____con Documento Tipo (___) Nº _____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período desde _____ hasta _____.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____

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

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: _____

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

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Afiliados -

Fecha: ___/___/ _____

INFORME MÉDICO CON ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS

(DETALLE DE HISTORIA CLINICA- PATOLOGIA/S)

Firma y sello del Médico tratante

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Afiliados -

Valoración por Escala FIM

NOMBRE Y APELLIDO:
EDAD: DNI: FECHA:

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)		
ACTIVIDAD		**Ptje.**
AUTO CUIDADO		
1	Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse, así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas etc.)	
MOVILIDAD TRANSFERENCIA		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama, y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
LOCOMOCIÓN		
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)	
COMUNICACIÓN		
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 o no verbal)	

CONEXIÓN

16	Interacción Social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Resolución de Problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
	PUNTAJE FIM TOTAL	

Puntaje

Todos los ítems se deben calificar. Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita dos ayudantes se califica con un 1.

Independiente

7 independiente total
6 independiente con adaptaciones

Dependiente

5 solo requiere supervisión (no toca al sujeto)
4 solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)
3 requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)
2 requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)
1 requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

Firma y sello del Médico tratante

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido

N° DNI

DIAGNÓSTICO

PRESTACIÓN

Aclarar tipo de terapias, cantidad y frecuencia semanal/mensual de las mismas.
En caso de colegio especial aclarar tipo de jornada.
En caso de integración aclarar si es EQUIPO o MAESTRA/O DE APOYO.

PERÍODO

DESDE MES AÑO

HASTA MES AÑO

Firma y sello del Médico tratante

Prescripción Médica de Transporte para

Afiliado con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido: _____

DNI Nº: _____

DIAGNÓSTICO

_____

_____

PRESTACIÓN

Solicitar el traslado, especificando si es a terapia o a colegio.
En caso de solicitar dependencia deberá ser expresamente aclarado.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PERÍODO

DESDE MES AÑO

HASTA MES AÑO

Firma y sello del Médico tratante

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Afiliados -

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

(SOLO SI SE SOLICITA LA PRESTACIÓN/ COMPLEMENTO DE LA PRESCRIPCION MEDICA)

NOMBRE Y APELLIDO: _____ **Fecha:** _____

DNI] LE] CI] LC: _____

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES/TUTOR: _____

TURNO HORARIO: _____

HERMANOS: _____

ACTIVIDAD HERMANOS: _____

TURNO HORARIOS: _____

DIAGNÓSTICO: _____ **DSM IV:** _____

DEFICIENCIA: _____

JUSTIFICACIÓN MÉDICA

(que incluya la descripción de los motivos que impiden la utilización del transporte público con acompañante):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma y sello del Médico tratante

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Afiliados -

CRONOGRAMA DE PRESTACIONES

(Entrega obligatoria al momento de presentar la documentación)

AFILIADO: **EDAD:**

DIAGNÓSTICO

DOMICILIO:

TELÉFONO:

PRESTACIONES RECIBIDAS

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					

FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE/MADRE/TUTOR

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Afiliados -

Fecha: ____ / ____ / _____

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