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

- Prestadores -

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.

• PRESTADOR TERAPIAS/ CENTRO/ ESCUELA ESPECIAL

❑ **Presupuesto**. Debe completarse en su totalidad con los datos indicados en el formulario. Es muy importante que tanto el nombre completo del afiliado, como el número de DNI sean correctos. El formulario deberá ser completado de manera prolija, sin tachaduras ni enmiendas.

❑ **Informe Inicial/ Evolutivo**. Aquellos prestadores que atendieron al paciente el año anterior deberán presentar un informe evolutivo, mientras que los prestadores que recién comienzan a atender al paciente deberán presentar informe inicial. El mismo puede o no realizarse en el formato provisto, pero debe contener:

- Localidad y fecha
- Título. Ej: Informe Inicial 2025
- Apellido y Nombre del afiliado
- Número de DNI del afiliado
- Diagnóstico
- Nombre de la prestación
- Periodo
- Instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación en caso de Informes Iniciales.
- Intervenciones realizadas y resultados alcanzados en caso de Informes Evolutivos.
- Firma y sello del profesional

❑ **Plan de trabajo**. Puede o no realizarse en el formato provisto, pero debe contener:

- Localidad y fecha
- Título. Ej: Informe Inicial 2025
- Apellido y Nombre del afiliado
- Número de DNI del afiliado
- Diagnóstico
- Nombre de la prestación
- Periodo
- Objetivos generales y estrategias para abordar la intervención
- Firma y sello del profesional

❑ **Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores**. Es de suma importancia enviar la renovación de la misma al correo discapacidad@sipssa.com.ar para evitar inconvenientes con los pagos.

❑ **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.

Aclaramos que las integraciones escolares sólo serán autorizadas cuando se presente Acta Acuerdo completa y CAR.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

2025

- Prestadores -

• 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.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

2025

- Prestadores -

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

- Prestadores -

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

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Prestadores -

FORMULARIO DE REFERENTE DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO 2025

El **referente de equipo** será la única persona habilitada para:

1. Enviar legajos de DISCAPACIDAD
2. Realizar consultas sobre el legajo.
3. Recibir toda la información relacionada con el mismo.
4. Enviar y gestionar las facturas mensuales del equipo.
5. Recibir los reportes de pagos correspondientes, que luego deberá comunicar.
6. Receptar todos los comunicados importantes en base a las prestaciones y condiciones generales de facturación.

Existen dos opciones para designar al referente:

1. Puede ser una persona física, con su correo personal.
2. O bien, generar un correo institucional del equipo, que quedará registrado en cada prestador.

DATOS A COMPLETAR:

- Apellido y nombre del afiliado: _____
- Número de DNI del afiliado: _____
- Nombre de FANTASIA del centro: _____
- Nombre y apellido del referente: _____
- Mail de contacto: _____
- Equipo al que representa:

1. Apellido y nombre del prestador: _____

   Prestación que brinda: _____

   CUIT:_____

   Firma y sello

2. Apellido y nombre del prestador: _____

   Prestación que brinda: _____

   CUIT:_____

   Firma y sello

3. Apellido y nombre del prestador: _____

Prestación que brinda: _____

CUIT:_____

Firma y sello

4. Apellido y nombre del prestador: _____

Prestación que brinda: _____

CUIT:_____

Firma y sello

5. Apellido y nombre del prestador: _____

Prestación que brinda: _____

CUIT:_____

Firma y sello

6. Apellido y nombre del prestador: _____

Prestación que brinda: _____

CUIT:_____

Firma y sello

NOTA DATOS BANCARIOS

Información bancaria para el cobro de facturas

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE Y APELLIDO DEL PRESTADOR

_____

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO

_____

NRO. DE CUIT (COINCIDENTE CON LA FACTURACIÓN)

_____

NRO. DE CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO

_____

BANCO

_____

CBU (CORRESPONDIENTE AL CUIT DE LA FACTURACIÓN)

_____

MAIL Y TELEFONO DE CONTACTO (OBLIGATORIO)

_____

Firma, aclaración y fecha

ACTA ACUERDO ESCOLAR

(SÓLO SI SE SOLICITA LA PRESTACIÓN)

La Institución/Equipo _____

se compromete a realizar la integración del/la niño/a _____

_____

_____

bajo la responsabilidad de la Maestra Integradora: _____

_____

LUGAR DONDE SE REALIZA LA INTEGRACIÓN:_____

_____

DÍAS de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común: _____

HORARIO de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común:_____

DÍAS de concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común:_____

HORARIO concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común: _____

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y consentimiento a los ____ días del mes de _____ de 20____

Firma y sello
Establecimiento Educativo Común

Firma y sello
Equipo/Maestro de apoyo

Firma y Aclaración
Titular de la Obra Social

Maestra de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Maestra de Apoyo para la integración escolar**

Período Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual $

Datos del Prestador

Nombre .....

Domicilio .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA .....

Cheque a la orden de .....

Cronograma de Actividad Aulica (Maestra de Apoyo)

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela: .....

Sita en la Calle ..... N° de la ciudad de .....

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello del Profesional

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD
2025
- Prestadores -

Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... *Fecha* ____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... *N° DNI* ____

N° Beneficiaro/ CUIL ____

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Período *Desde* ____ *Hasta* ____ *Año* ____

Cantidad de horas mensuales ____ *Monto Mensual $* ____

Datos del Prestador

Nombre .....

Domicilio .....

Localidad ..... *Provincia* .....

Teléfono ____ *Email* .....

CUIT N° ____ *Condición frente al IVA* .....

Cheque a la orden de .....

Actividad Aulica

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela: .....

Sita en la Calle ..... *N°* ____ *de la ciudad de* .....

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde					
Hasta					

Actividad Extra Aulica

Conformación del equipo profesional interviniente:

Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

2 *Nombre y Apellido:* .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

3 *Nombre y Apellido:* .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

.....

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle ..... *N°* ____

de la ciudad de .....

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello del Representante del Equipo

Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Profesionales Individuales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad .....

Período Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales: Monto por Sesión $ Monto Mensual $

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social .....

Domicilio REAL donde se brindará la prestación .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA .....

Cheque a la orden de .....

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello del Profesional

Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por: .....
(indicar parentezco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad .....

Período Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales Monto por Sesión $ Monto Mensual $

Valor del Módulo $

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social .....

Domicilio REAL donde se brindará la prestación .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA .....

Cheque a la orden de: .....

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia												
Terapia												
Terapia												

Firma y Sello
Aclaración / Istitución

Presupuesto de Prestaciones Institucionales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar .....

Tipo de jornada a realizar Simple ☐ Doble ☐ Reducida ☐ Permanente ☐ **Categoría** A ☐ B ☐ C ☐

Incluye almuerzo Si ☐ No ☐ **Incluye Dependencia** Si ☐ No ☐

Monto Mensual $ **Período** Desde Hasta Año

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social: .....

Domicilio REAL donde se brindará la prestación .....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono Email .....

CUIT N° Condición frente al IVA .....

Cheque a la orden de .....

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello de la Institución/ Prestador

Planilla de Asistencia a Tratamiento - 20___

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita

Razón Social del Prestador .....

Domicilio real donde se realiza la prestación .....

Dejo constancia que el Afiliado .....

Ha concurrido a Tratamiento de ..... *Durante el mes de* ..... 20___

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración .....

N° DNI

Firma y Sello del Director Institucional

Importante: *Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada Tratamiento que realice el Afiliado, y 1 (una) por cada mes.*
Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas.
Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril) = 2 Planillas.

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL 2025

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

DIAGNOSTICO: _____

PRESTACIÓN: _____

PERIODO: _____

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN APLICADOS. RESULTADOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Firma, sello y aclaración del profesional

INFORME EVOLUTIVO 2024

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

DIAGNOSTICO: _____

PRESTACIÓN: _____

PERIODO: _____

INTERVENCIONES REALIZADAS Y RESULTADOS ALCANZADOS

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Firma, sello y aclaración del profesional

PLAN DE TRATAMIENTO 2025

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

DIAGNOSTICO: _____

PRESTACIÓN: _____

PERIODO: _____

OBJETIVOS GENERALES Y ESTRATEGIAS PARA ABORDAR LA INTERVENCIÓN

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Firma, sello y aclaración del profesional

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