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

- Transporte -

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.

❑ Informe Inicial/ Evolutivo.

❑ Plan de trabajo.

❑ Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores.

❑ Constancia de opción de AFIP.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

2025

- Transporte -

❑ 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**. Debe estar firmado por mamá/papá/ tutor y por transportista.

❑ **Conformidad de transporte**. Debe estar firmado por mamá/papá/ tutor.

❑ **Google Maps**.

❑ **Constancia de CBU emitida por el banco**.

❑ **Nota de datos bancarios**.

❑ **Constancia de OPCIÓN de AFIP**/ INSCRIPCIÓN en caso de ser RESPONSABLE INSCRIPTO.

❑ **Constancia de exenciones en caso de corresponder**.

❑ **Habilitación de RUGEPRESA o ente correspondiente, vigente**. La misma podrá ser requerida en otras oportunidades por SIPSSA.

❑ **Póliza de seguro vigente**. La misma podrá ser requerida en otras oportunidades por SIPSSA.

❑ **Licencia de conducir vigente**. La misma podrá ser requerida en otras oportunidades por SIPSSA.

❑ **ITV del vehículo vigente**. La misma podrá ser requerida en otras oportunidades por SIPSSA.

Aclaramos que, si el médico solicita dependencia, la misma 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

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 los prestadores, indicando nombre y apellido de los/as mismos/as. La documentación deberá presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador.

❑ 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.

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

- Transporte -

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

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

- -

Planilla de Traslados

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

Razón Social del Transporte .....

Dejo constancia que el Afiliado .....

Con domicilio en ..... *Fue trasladado durante el mes de* ..... *20*__

Hacia la prestación de ..... *Con domicilio en* .....

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

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

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

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

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

Firma del Titular o Tutor

Aclaración .....

N° DNI

Importante:

Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada Destino que realice el Afiliado.

Ejemplo: Traslado a Escolaridad + Traslado a Kinesiología = Adjuntar 2 Planillas.

Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión _____ Fecha _____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido _____ N° DNI _____

N° Beneficiario / CUIL _____

Datos de la Empresa de Transporte

Nombre y Apellido/ Razón Social _____

Domicilio _____ Teléfono _____

E-mail _____ N° CUIT _____

Habilitación emitida por: _____ Compañía de Seguros _____

Condición frente al IVA _____ Prestación con Dependencia Si ☐ No ☐

Recorrido

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar), acompañado de su respectivo mapa.

IDA VUELTA Beneficiario se traslada a la prestación _____

Desde Calle: _____ N° _____ Localidad _____

Hasta Calle: _____ N° _____ Localidad _____

	lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Horarios												

Período Desde _____ Hasta _____ Año _____

Km diarios _____ Km semanales _____ Km mensuales _____ Valor Km _____

Precio Total Mensual del Presupuesto
(Sumatoria de los precios de los distintos traslados) en $ _____

Firma, Aclaración y Sello del responsable de la Empresa Transportista/ Prestador

DIAGRAMA DE TRASLADOS

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Nombre del BENEFICIARIO: _____

DNI: _____ CUIT _____ NRO DE BENEFICIARIO_____

TRASLADOS

PARTIDA _____

DESTINO _____

VIAJES/DÍA _____

KM/VIAJE _____

IMP ($) / KM _____

IMP ($) DIARIO _____

Dependencia (s/n): ..... **Monto mensual** ($): .....

Período traslados DESDE_____HASTA _____

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (marcar con una cruz los días de traslados)

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR

CONSENTIMIENTO

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

FIRMA Y ACLARACIÓN DE PADRE/MADRE/TUTOR

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: ____ / ____ / _____

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