

Instructivo | Discapacidad

Generalidades

Índice

1. [Continuidad prestacional / Renovación](#)
2. [Curso administrativo del legajo](#)
3. [Normativas generales](#)
4. [Cambio de prestador](#)
5. [Alta de nuevo prestador](#)
6. [Modificaciones prestacionales](#)
7. [Documentación general de la persona beneficiaria](#)
8. [Documentación médica](#)
9. [Anexo 1](#)
10. [Anexo 2](#)
11. [Anexo 3](#)
12. [Anexo 4](#)
13. [Anexo 9](#)
14. [Anexo 10](#)
15. [Anexo 11](#)

1. CONTINUIDAD PRESTACIONAL / RENOVACIÓN

Las prestaciones **no** son de renovación automática, por lo tanto, para la renovación del tratamiento deberán completar el siguiente instructivo.

Desde agosto 2025 la obra social puso a disposición la autogestión en el siguiente [enlace](#) para poder cargar la documentación.

Por cualquier dificultad o consulta acerca del portal pueden dirigirse a la Seccional o Centro Médico correspondiente.

OSPEDYC se reserva el derecho de solicitar que realicen una entrevista con el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad con la finalidad de evaluar a la persona beneficiaria.

La presentación de la solicitud debe realizarse con un plazo de antelación de, por lo menos, 60 días hábiles previos al inicio de la prestación requerida, dado que es el tiempo estimado del análisis y posterior autorización de las prestaciones solicitadas.

INSTRUCTIVOS REQUERIDOS

El presente instructivo se divide en **secciones**, en las mismas se encuentra la documentación a presentar de acuerdo a la prestación requerida:

- Instructivo Rehabilitación.
- Instructivo Hogar.
- Instructivo Prestaciones Educativas.
- Instructivo Transporte.

2. CURSO ADMINISTRATIVO DEL LEGAJO

Una vez recibido el expediente la Auditoría de Discapacidad (GMS), procederá a:

1. Chequear que la documentación solicitada esté completa y que cumpla las normativas vigentes. En el caso de que la documentación presente irregularidades o faltantes, el expediente quedará en estado de PENDIENTE, informando esto al correo electrónico registrado, con el fin de cumplimentar lo requerido por la Auditoría.
2. Evaluación por parte de la Auditoría de Discapacidad, quien lo analizará, modulará y autorizará según corresponda dentro de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

3. NORMATIVAS GENERALES – IMPORTANTE

La obra social realizará las auditorías que considere necesarias a efectos de constatar la real y efectiva prestación recibida por la persona beneficiaria. En caso de que OSPEDYC tome conocimiento de que se han facturado prestaciones y/o servicios que no han sido recibidos por la persona beneficiaria, se realizarán las denuncias pertinentes ante los organismos de control, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que pudieran corresponder. El prestador infractor, los/as familiares del/la paciente y terceros involucrados en la conducta ilegal, serán responsables por los daños y perjuicios ocasionados.

- Solo pueden iniciarse trámites por Prestaciones del Sistema Básico de Discapacidad a partir del año de edad. Antes de cumplir el año de edad, la cobertura será brindada a través del Plan Materno Infantil (PMI).
- No se autorizarán prestaciones con fecha anterior a la de emisión del Certificado Único de Discapacidad (CUD).
- Las prestaciones de apoyo solo serán reconocidas como complemento de una prestación principal educativa o de rehabilitación con la constancia pertinente que acredite tal condición.
- El tiempo máximo reconocido por sesión de tratamiento en el módulo de rehabilitación ambulatoria es entre 45-60 minutos.
- Se considerará 1 (una) sesión por cada día de asistencia, sin excepción.
- En el caso de superar los 1500 km mensuales de traslado, será necesario presentar un certificado policial de domicilio (también será válido si es del registro civil).

4. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con cobertura por discapacidad ya otorgado, se deberá remitir, al momento de producida la novedad la siguiente documentación:

- Anexo 10 (nota de solicitud de cambio de prestador).
- Anexo 7 u 8 según corresponda (presupuesto).
- Anexos 6 “A, B ó C” según corresponda (consentimiento).
- Informe de admisión.
- Nuevo proyecto de trabajo con objetivos.
- Acta acuerdo (solo para integraciones escolares).
- Título habilitante (solo para integraciones escolares).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y/o categorización de la institución, etc. (según corresponda a la modalidad).
- Constancia de ARCA.

5. ALTA DE NUEVO PRESTADOR

En el caso que se solicite el cambio de prestador o la solicitud de un nuevo prestador para una modalidad con cobertura por discapacidad ya otorgado o nueva se deberá remitir la documentación a la Seccional o Centro Médico correspondiente para que puedan solicitar el alta del prestador en el sistema de OSPEDYC.

- Anexo 7 u 8 según corresponda (presupuesto).
- COPIA DE LA C.B.U (clave única bancaria).
- COPIA DE LA CONSTANCIA DE ARCA (ex AFIP).

6. MODIFICACIONES PRESTACIONALES

- Abandono del tratamiento: nota del beneficiario/a titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.
- En el caso de incorporación de un nuevo tratamiento o cambio en la frecuencia de este, se solicita un Resumen de Historia Clínica justificando dicho cambio, pedido médico y Anexo 7.
- Cambio del recorrido de transporte por cambio de domicilio: se deberá presentar nota de padre/madre/tutor indicando el nuevo domicilio y la fecha exacta del cambio de recorrido, Anexo 6 C, Anexo 8 y Google Maps.

Todo pedido de ampliación/modificación del tratamiento, cambio de prestador, etc. quedará sujeto a la reevaluación integral del conjunto de las prestaciones solicitadas, por parte del Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

No se autorizarán prestaciones retroactivas a la fecha de envío del legajo COMPLETO, ya que según Resolución 276/18-SSS, Decreto 904/2016 PEN - Sistema de Integración -, el sistema no permite la facturación de más de 2 periodos prestacionales.

7. DOCUMENTACIÓN GENERAL DE LA PERSONA BENEFICIARIA

- Formulario de datos generales (anexo 1).
- Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad vigente.
- Constancia de alumno/a regular original de la escuela a la que asiste, indicando turno y grado en el que se encuentra, con sello, firma de las autoridades de la escuela, domicilio y teléfono. El mismo debe incluir el CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos.
- En el caso que el/la paciente se encuentre en edad escolar (entre 3 y 20 años) y que no reciba ninguna modalidad educativa, se deberá completar la nota por no escolarización (anexo 3).
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor (anexo 11).

8. DOCUMENTACIÓN MÉDICA

- Resumen de historia clínica (**anexo 2**).
- Prescripción firmada por el/la médico/a tratante. La misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de beneficiario/a, diagnóstico, prestación solicitada, periodo de cobertura y con fecha anterior al periodo solicitado (por ejemplo: si la prestación se solicitará en el período febrero a diciembre 2026).
- Planilla de solicitud de traslado (**anexo 9**) en caso de corresponder traslado.
- Medida de independencia funcional Tabla FIM, (**anexo 4**) en caso de corresponder dependencia.

9. ANEXO 1

ANEXO 1 DATOS GENERALES		 La Obra Social de UTEDYC	
SECCIONAL	_____	FECHA	____/____/____
PERÍODO			
Desde: _____		Hasta: _____	
DATOS DEL/LA PACIENTE			
Número de beneficiaria/o: _____			
Apellido y nombre: _____			
C.U.I.L.: _____		DNI - LC - LE: _____	
Nacionalidad: _____		Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Sexo: _____		Estado civil: _____	
Domicilio actual: _____		CP: _____	
Localidad: _____		Provincia: _____	
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR			
Número de beneficiaria/o: _____			
Apellido y nombre: _____			
Teléfono celular: _____		Teléfono particular: _____	
Correo electrónico: _____			
DATOS DEL EMPLEADOR			
Inicio de la relación laboral: ____/____/____			
Razón Social: _____		C.U.I.T.: _____	
Domicilio: _____		Número: _____	
Piso: _____	Departamento: _____	CP: _____	
Localidad: _____		Provincia: _____	
Teléfono: _____		Referente: _____	
_____		_____	
Firma del/la titular		Verificó por OSPEDYC	

F. 7001

 Obra Social del Personal de Entidades Deportivas y Civiles | Registro Nacional de las Obras Sociales N°1-0600-5 (salud)
 Alberti 646 (C1223AAD) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 0800 345 6773 | info@ospedyc.org.ar | www.ospedyc.org.ar

10. ANEXO 2**ANEXO 2
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA****(COMPLETAR POR EL/LA MÉDICO/A MÉDICO DE CABECERA/TRATANTE LO MÁS COMPLETO Y CLARO POSIBLE)**

Apellido y nombre: Fecha:/...../.....
Fecha de nacimiento:/...../..... Edad:
Sexo: DNI - LC - LE:

ANTECEDENTES Y DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN CLÍNICO:

.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNÓSTICO / CAPACIDAD FUNCIONAL (SENSORIAL Y MOTORA):

.....
.....
.....
.....
.....

EVOLUCIÓN DEL/LA PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO:

.....
.....
.....
.....

ALIMENTACIÓN/VESTIDO/LIMPIEZA:

Dependiente
Auto válido:

.....
Firma y sello del/la médico/a tratante

11.ANEXO 3

ANEXO 3 NOTA POR LA NO ESCOLARIZACIÓN



Buenos Aires, ____ de ____ de 20 ____

Por medio de la presente, informo que mi hijo/a _____
no se encuentra escolarizado/a ni concurre a un dispositivo terapéutico por* _____

Firma del padre/madre/tutor

Aclaración

DNI firmante

Parentesco

* Informar motivo claramente

12. ANEXO 4

Página 1 de 5. Se deben completar todas las páginas.

ANEXO 4 MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)	 OSPEDYC La Obra Social de UTEDYC												
En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por un/una Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual. En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por el/la médico/a tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán. El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 años de edad de vida con escala FIM. La misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad. <i>Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.</i>													
TABLA REFERENCIAL DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL													
Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #4a4a8a; color: white;"> <th>GRADO DE DEPENDENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Sin ayuda</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Dependencia modificada</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Dependencia completa</td> </tr> </tbody> </table>	GRADO DE DEPENDENCIA	Sin ayuda	Dependencia modificada	Dependencia completa	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #4a4a8a; color: white;"> <th>NIVEL DE FUNCIONALIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">7. Independencia completa.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">6. Independencia modificada.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5. Supervisión.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia).</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia).</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia).</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1. Asistencia total (menor del 25% de independencia).</td> </tr> </tbody> </table>	NIVEL DE FUNCIONALIDAD	7. Independencia completa.	6. Independencia modificada.	5. Supervisión.	4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia).	3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia).	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia).	1. Asistencia total (menor del 25% de independencia).
GRADO DE DEPENDENCIA													
Sin ayuda													
Dependencia modificada													
Dependencia completa													
NIVEL DE FUNCIONALIDAD													
7. Independencia completa.													
6. Independencia modificada.													
5. Supervisión.													
4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia).													
3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia).													
2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia).													
1. Asistencia total (menor del 25% de independencia).													

ANEXO 4
MEDIDA DE INDEPENDENCIA
FUNCIONAL (FIM)

FECHA DE EMISIÓN ____/____/____

BENEFICIARIA/O

Apellido y nombre: _____ DNI: _____

FIM TOTAL	DOMINIO	CATEGORÍAS	PUNTAJE
126 PUNTOS	MOTOR 91 PUNTOS	AUTOCUIDADO 1. Alimentación. 2. Arreglo personal. 3. Baño. 4. Vestido parte superior. 5. Vestido parte inferior. 6. Uso de baño.	
		CONTROL DE ESFÍNTERES 7. Control de vejiga. 8. Control de intestino.	
		MOVILIDAD 9. Traslado de la cama o silla de ruedas. 10. Traslado al baño. 11. Traslado en bañera o ducha.	
		AMBULACIÓN 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas. 13. Subir y bajar escaleras.	
	COGNITIVO 35 PUNTOS	COMUNICACIÓN 14. Comprensión. 15. Expresión.	
		CONOCIMIENTO SOCIAL 16. Interacción social. 17. Solución de problemas. 18. Memoria.	
		TOTAL	

ANEXO 4

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)



DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique el grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del/la paciente y qué 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 cama. Indique:

El baño corporal, ¿requiere supervisión o asistencia? ¿Cuál es el grado de participación del/la paciente?

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

5. USO DEL BAÑO

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

6. 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.

ANEXO 4 MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)



DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

7. 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:

8. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia una cama, silla o silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del/la paciente.

9. TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

10. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha. Grado de participación del/la paciente.

11. MARCHA / SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está de pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

12. ESCALERAS

Implica subir y bajar escalones.

13. COMPRENSIÓN

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: escritura, gestos, signos, etc.

ANEXO 4

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)



14. EXPRESIÓN

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

15. INTERACCIÓN SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del/la paciente, estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo/a y el entorno.

16. COMPRENSIÓN

Implica resolver problemas cotidianos.

EXPRESIÓN

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

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del/la paciente.

Fecha

Firma y sello del/la médico/a tratante

13. ANEXO 9

ANEXO 9

PLANILLA DE SOLICITUD DE TRANSPORTE



Fecha: _____

Apellido y nombre del beneficiaria/o: _____

DNI - LC - LE: _____

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES

	Apellido y nombre:	Edad:	Actividad:	Turno/horario:
Madre:	_____	_____	_____	_____
Padre:	_____	_____	_____	_____

Hermanos: _____

Diagnóstico: _____

DSMIV-CIE X: _____

Deficiencia: _____

Justificación médica de la solicitud: _____

Firma y sello del profesional médico tratante.

14. ANEXO 10

ANEXO 10 NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR		 OSPEDYC La Obra Social de UTEDYC
Fecha: ____/____/____		
Número de beneficiario/a: _____		
Causante: _____		
DNI-LC-LE: _____		
Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la BAJA de la prestación ____ (Ej. Psicología, Fonoaudiología, CET, etc.) _____ a cargo de ____ (Nombre del Profesional / Institución) _____ a partir del día ____/____/____		
Solicito nueva ALTA para subsidio de la prestación ____ (Ej. Psicología, Fonoaudiología, CET, etc.) _____ a cargo de ____ (Nombre del Profesional/Institución) _____ a partir del día ____/____/____ por el período _____		
MOTIVO: _____ _____ _____		
_____ Firma		_____ Aclaración
_____ DNI		_____ Vínculo

F. 7010

15. ANEXO 11

ANEXO 11 CONFORMIDAD PRESTACIÓN		 OSPEDYC La Obra Social de UTEDYC
Fecha: ____/____/____		
Apellido y nombre del/la beneficiario/a: _____		
Número de afiliado/a: _____		
Yo _____ con DNI - LC - LE: _____ 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: _____ Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____		
2. Prestación: _____ Prestador: _____ Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____		
3. Prestación: _____ Prestador: _____ Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____ _____ Firma _____ Aclaración		
SI EL/LA 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 familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente. _____ Firma _____ Aclaración _____ Documento		

F. 70011