



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Instructivo 2026

Afiliados con Certificado Único de Discapacidad

Prestaciones
Educativas / terapéuticas / transporte



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

Tabla de contenido

Presentación de solicitud de prestación.....	3
Procedimiento para el alta de prestación por discapacidad	4
1.1 Datos del afiliado (Anexo 1.1)	4
1.5. Resumen de historia clínica (Anexo 1.2) (A cargo del médico tratante)..	4
1.6. Prescripción médica. (Anexo .1.3) (A cargo del médico tratante)	4
2. Documentación a presentar por el prestador	6
2.1 Planilla de los datos de la prestación a realizar (Anexo 2.1)	6
2.2 Planilla con los datos de facturación (Anexo 2.2)	6
2.3 Planilla de consentimiento de prestación (Anexo 2.3).....	6
.3- Prestación de traslado.....	9
3.1 Indicación de traslado (anexo 3.1)	9
3.2 Formulario de facturación de traslados (Anexo 3.2).....	9
Presentación de solicitud.....	11
Algunas consideraciones a tener en cuenta	11
Datos de facturación.....	13
Documentación obligatoria y formato a presentar.....	14
Consideraciones generales.....	15
Datos administrativos y responsables de áreas	17
Anexos	18
Medida de Independencia Funcional (Anexo4).....	32
Planilla de asistencia mensual.....	37
Planilla de control de documentación.....	38
Consulta y verificación del CUD:	39



OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

Presentación de solicitud de prestación.

La familia afiliada será la responsable de confeccionar UNA carpeta para la presentación virtual de la solicitud de prestaciones para afiliados portantes de CUD. Solicitando a cada prestador el legajo correspondiente para incorporarlo a la documentación que previamente la familia debe poseer. Cuales son orden médica y resumen de historia clínica, CUD, DNI (actualizado) y carnet de afiliación, del titular y beneficiario

La documentación de todas las prestaciones para el 2026 deberá ser presentada **en un solo archivo en PDF**. En caso que no contar con la totalidad de prestaciones solamente se podrá presentar una carpeta mensual para la solicitud de prestaciones. Se reciben carpetas del 1 al 15 de cada mes y la prestación podrá comenzar al mes siguiente (en caso de no contener errores).

Toda documentación presentada tiene carácter de declaración jurada. En caso que exista algún faltante en la documentación presentada será informada vía mail dentro de los plazos vigentes establecidos por la SSS.

No será reconocida la prestación que se inicie antes de su autorización. No se autorizaran prestaciones en mes en curso. No se autorizaran prestaciones cuyos prestadores no se encuentren incluidos en la nómina emitida por la SSS (Excepto transporte)

La documentación debe ser enviada, una vez completa en su totalidad a:

renovaciones2026ospfesi qyp@gmail.com

Lo presentado queda sujeto a auditoria para su autorización



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA DE PRESTACION POR DISCAPACIDAD

No se reciben solicitud de prestaciones de afiliados que no han realizado el alta en el área de discapacidad de la OS.

Pasos a seguir para realizar la presentación de prestaciones

1. Detalle de la documentación a presentar

1.1 Datos del afiliado (Anexo 1.1)

Completar con los datos del afiliado beneficiario.

1.4. Imagen del certificado de discapacidad (CUD). Carnet de afiliación. DNI . Constancia de alumno regular

El CUD Y DNI deben estar vigentes durante todo el transcurso de la prestación, caso contrario será dado de baja a la fecha de su vencimiento.
(Se exceptúa si antes de ello se envía su renovación)

1.5. Resumen de historia clínica (Anexo 1.2) (A cargo del médico tratante)

- El mismo debe ser original y puede ser realizada en el espacio correspondiente del instructivo vigente.
- Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario y actualizado. A su vez, deberá estar completa y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto.
- Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación
- La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.

1.6. Prescripción médica. (Anexo .1.3) (A cargo del médico tratante)

- La misma debe ser original y puede realizarse en el espacio correspondiente del instructivo vigente.
- La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/2026 la fecha debe ser 28/02/2026 o anterior).
- Debe indicar los datos del afiliado



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

- Debe indicar el período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). (Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2026)
- La firma y el sello del profesional deben ser legibles.
- Si se solicitan prestaciones de apoyo, debe indicar **especialidad y cantidad semanal de sesiones** requeridas para cada una de ellas. Cada afiliado podrá solicitar hasta 6 prestaciones de apoyo semanales. Excedido esta cantidad la prestación deberá ser modulada en institución categorizada.
- Si se solicita concurrencia a Institución (Educativa, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el tipo de jornada (simple o doble). Jornada simple indicar si hace uso del módulo alimenticio.
- En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM. (Anexo 4). La misma puede ser confeccionada por el médico tratante o terapeuta ocupacional. (Autorización sujeta a auditoria)
- La prescripción del tratamiento **NO** puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como prestación a realizar.
- Sera rechazada la orden medica que explicita datos del prestador ya sea razón social, nombre de fantasía o dirección.
- Serán rechazadas las indicaciones médicas digitales que no se encuentren dentro del sistema de receta electrónica.
- Todas las indicaciones deben estar realizadas por el/la mismo/a médico/a tratante, aclarando teléfono y correo electrónico de contacto. Domicilio y horarios de atención.
- El módulo de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. De acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art 22 inc a, la Resolución 428/99 y en conformidad con la Resolución 1743/2024 se deberá fundamentar la imposibilidad de utilizar el transporte público. La solicitud de transporte deberá estar debidamente fundamentada por el médico tratante y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la Obra Social.

**LAS ORDENES MÉDICAS DEBEN SER CONFECCIONADAS EN EL INSTRUCTIVOS O
ADJUNTADAS AL ARCHIVO DE LA PRESTACION SOLICITADA.**



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

2. Documentación a presentar por el prestador

2.1 Planilla de los datos de la prestación a realizar (Anexo 2.1)

Completar en la planilla los datos de la institución. **Importante** corroborar los medios de contacto (teléfonos actualizados, dirección vigente)

Datos del beneficiario, los datos de la prestación a brindar, deben concordar con el pedido médico. **Indicar la jornada con los horarios de cada prestación.**

En caso de instituciones, aclarar en la planilla si se retira algún antes del horario establecido o ingresa más tarde para recibir otra prestación.

Es responsabilidad del prestador el cambio en su razón social o modalidad prestacional. En caso de vencimiento de documentación habilitante deberá notificarlo, caso contrario no podrá reclamar el reconocimiento del periodo posterior.

En caso de Modulo de apoyo a la integración escolar (MAIE), indicar los días y horarios (Módulos establecidos) en los que se realiza el acompañamiento. Solo podrán brindar la prestación MAIE equipo quien posea la habilitación para ello. Caso contrario deberán cubrir la totalidad del módulo (20 hs semanales)

En caso que asista a escuela del estado, indicar los días de concurrencia, remarcando el MAIE. **Es obligatoria la presentación de acta de acuerdo en el plazo de 30 días una vez iniciada la prestación. Caso contrario será dado de baja la prestación.**

2.2 Planilla con los datos de facturación (Anexo 2.2)

Indicar TODOS los datos explicitados para recibir la transferencia correspondiente de las prestaciones a brindar.

2.3 Planilla de consentimiento de prestación (Anexo 2.3)

Se debe completar los datos del afiliado y de la institución, con los horarios y módulos pre establecidos en modo de consentimiento. **Con el fin de que el prestador se comprometa a brindar los servicios especificados y la familia acepta la modalidad de dicho tratamiento.** Se debe completar una planilla por prestación a brindar. (No puede ser firma digital)



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Cada familia deberá completar la grilla semanal (anexo 2.4) donde se expliciten todas las prestaciones. Incluyendo las escolares (aunque no sean prestaciones cubiertas por la OS) En caso de haber incompatibilidad la carpeta será rechazada en su totalidad. Se prevén realizar auditorías en terreno para corroborar la veracidad de la grilla presentada.

En caso de modulo para la integración escolar, se debe presentar el informe de la institución educativa (puede ser foto de legajo) donde se realizará la prestación y del acta de acuerdo entre instituciones educativas.

IMPORTANTE

- ❖ ANEXAR DOCUMENTACION, REGISTROS DE INSCRIPCION PARA PRESTACIONES Y HABILITACIONES CORRESPONDIENTES (HABILITACION DE CONSULTORIO MUNICIPAL Y PROFESIONAL). COMPROBANTE DE CERTIFICACION DE CBU EMITIDA POR EL BANCO. SEGURO DE PRACTICA PROFESIONAL. ALTA ARCA. TRANSPORTE DEBEN ANEXAR EL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES.
- ❖ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal). Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06MSalud). Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación. Título habilitante para los/las profesionales habilitados por el Mecanismo de Integración de la SSSalud que no cuenten con RNP.
- ❖ ANEXAR PLANES DE TRABAJO CON OBJETIVOS PARA LA PRESTACION A REALIZAR EN EL PERIODO INDICADO. SI LA PRESTACION ES PRE EXISTENTE ANEXAR INFORMES DE FINALIZACION DE PERIODO DE INTERVENCION.
- ❖ MENSUALMENTE JUNTO CON LA FACTURACION SE DEBERÁ ENVIAR LA PLANILLA DE ASISTENCIA EMITIDA POR LA OBRA SOCIAL



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

El prestador (exceptuado transporte) **deberá enviar un informe trimestral** (junto con la facturación vía correo electrónico) sobre los avances o características de las prestaciones realizadas indicando la adaptación del beneficiario a las mismas. Este informe debe estar poseer la firma, aclaración y datos que lo acredite del profesional responsable o institución prestadora y por algún familiar a cargo del beneficiario. **La obra social podrá solicitar informes exclusivos para la evaluación, por parte del equipo interdisciplinario propio, de la continuidad prestacional del beneficiario.**

Toda la documentación requerida por el área de Discapacidad está sujeta a posibles modificaciones en función de nuevas disposiciones emitidas por la Superintendencia de Servicios de Salud.



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

.3- Prestación de traslado

El módulo de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa.

3.1 Indicación de traslado (anexo 3.1)

Completar el formulario con los datos indicados. Teniendo en cuenta que el mismo tiene carácter de declaración.

La familia firmante acepta y es la encargada de corroborar y justificar, que se realicen los traslados en los días indicados y en el horario correspondiente. Además de controlar que el vehículo indicado sea el que realice los traslados correspondientes. **En caso de solicitar dependencia, debe corroborar que siempre haya un acompañante durante todo el traslado. No se contempla el AGD si el afiliado no es acompañado por un tercero que no sea familiar directo.** También tiene la responsabilidad de informar, los días que no se realicen los traslados indicando los motivos.

El prestador se responsabiliza de cumplimentar los días de traslado establecidos y en el horario correspondiente. Utilizando en vehículo se detalla en los mismos formularios. También tiene la responsabilidad de informar, los días que no se realicen los traslados indicando los motivos. Solamente se autorizaran traslados a prestaciones que se encuentren dentro del sistema básico de prestaciones para personas con discapacidad (Tratamiento/instituciones)

3.2 Formulario de facturación de traslados (Anexo 3.2)

Los datos deben ser completados por el prestador con el consentimiento de la familia del beneficiario.

3.3 Datos del prestador. Datos del conductor. Datos del vehículo

Completar en la planilla los datos de la institución. **Importante** corroborar los medios de contacto (teléfonos actualizados, correo electrónico vigente)



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

3.4 Anexar

- Datos de Google Maps con los kilómetros a recorrer. Diarios (Ida y vuelta). Esto será justificativo de los km mensuales a facturar.
- Medida de Unidad funcional (FIM) en caso de solicitar dependencia. (Anexo 4). Sujeto a auditoria

- **Documentación del automotor**

- Fotocopia de cedula verde y título.
- Fotocopia de seguro, póliza de cobertura que incluya terceros transportados.
- Fotocopia de Verificación Técnica Vehicular (VTV) en vigencia para la actividad a desarrollar)
- Habilitación vehicular por autoridad competente según jurisdicción para la actividad a desarrollar
- Tarjeta de GNC actualizada, de corresponder
- Ficha de desinfección mensual. (Presentación mensual)

- **Documentación del conductor**

- Fotocopia del DNI del conductor.
- Fotocopia licencia de conducir profesional para el transporte de pasajeros
- Fotocopia de libreta sanitaria
- Certificado de antecedentes penales.

La prestación será autorizada por los periodos que la totalidad de la documentación se encuentre vigente, siendo responsabilidad del prestador el envío de la actualización de lo solicitado para darle continuidad al periodo siguiente. Esto puede ser motivo de baja de prestación.



OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

Presentación de solicitud.

Lo presentado queda sujeto a auditoria para su autorización.

La documentación debe ser enviada, una vez completa en su totalidad, en 1 (un) solo archivo por el familiar a cargo o el afiliado con CUD. A partir de enero 2026, las carpetas se reciben del 1 al 15 de cada mes y, en caso de no haber errores, se dará autorización a partir del mes siguiente. El envío se realiza Vía mail (en formato PDF en 1 (un) solo archivo) a:

renovaciones2026ospfesi qyp@gmail.com

ALGUNAS CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

Le solicitamos respetar los plazos establecidos. Las consultas/ reclamos recibidos antes de su vencimiento no serán consideradas. Auditorias prestacionales, modificaciones o cambios de prestador se realizaran dentro de los 20 días de presentada la documentación. En caso de haber faltantes u errores la recepciones y auditoria de las correcciones se realizara dentro de los 10 días posteriores a su presentación. El correo electrónico recibido debe contar con la totalidad de la documentación solicitada en este instructivo y en caso de revisión deberá ser reenviado en respuesta al original. Queda sujeto a decisión de la OBRA SOCIAL, el periodo de autorización de cada prestación. Sus criterios de continuidad serán evaluados por el equipo interdisciplinario e informados con anticipación a las partes intervinientes. Sera responsabilidad de la familia beneficiaria portante de CUD y del prestador solicitante, informarse acerca de los requisitos expuestos por nuestra obra social en el denominado instructivo 2026. Aceptando sus condiciones de solicitud, ante la presentación de la misma. Sera motivo de rechazo una prestación o servicio con un profesional o Institución, que no se encuentre habilitada. Inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Agencia Nacional de Discapacidad (ex SNR). En caso de prestaciones no nombradas, deberá poseer titulación habilitante (en instituciones con reconocimiento Provincial o Nacional). Esto queda a criterio del equipo



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

interdisciplinario del área de discapacidad. Las prestaciones que no se encuentren dentro de las prestaciones básicas para sujetos portantes de CUD, tendrán tratamientos y tiempos de evaluación propios. No se podrán solicitar prestaciones de apoyo si el afiliado cuenta con la cobertura de módulos de rehabilitación. Son incompatibles módulos de apoyo a la integración escolar, con módulos de maestra de apoyo u maestra de apoyo por hora. Solamente se podrá solicitar prestación de apoyo educativa si el trayecto educativo del afiliado con CUD se realiza en escuela de nivel (sin importar la gestión), excluyendo a escuelas de educación especial (ambas gestiones). Las prestaciones de apoyo, aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal serán evaluados y autorizados por el Equipo Interdisciplinario hasta un máximo de 6 sesiones semanales. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en algunas de las otras modalidades previstas. El módulo de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. De acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art 22 inc a, la Resolución 428/99 y en conformidad con la Resolución 1743/2024 se deberá fundamentar la imposibilidad de utilizar el transporte público, explicitando la negativa de disponibilidad de vehículo particular. La solicitud de transporte deberá estar debidamente fundamentada por el médico tratante y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la Obra Social. La cobertura del transporte en forma total o parcial será decisión de la Obra Social a través de la evaluación por parte del Equipo Interdisciplinario en Discapacidad. El titular de la obra social y/o responsable del afiliado con CUD acepta las condiciones explicitas en este documento una vez que hace entrega del mismo.

**La cobertura, total o parcial, del esquema terapéutico presentado será
decisión de la Obra Social a través de la Evaluación del Equipo
Interdisciplinario en Discapacidad.**

**El inicio de las prestaciones sin autorización previa no
serán reconocidas por nuestra Obra Social**



OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

DATOS DE FACTURACION

- Las facturas tienen que ser C o B
- CUIT de obra social es 30-71170394-9 Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos de Industrias Químicas y Petroquímicas **(exento)**.
- Dirección: Pavón 3707 CABA -Boedo- (CP. 1253)

REGLAMENTACION PARA EL ENVIO DE FACTURACION MENSUAL

Las facturas mensuales **se reciben del 1 al 10 de cada mes**, mediante correo electrónico DISCAPACIDAD@OSPFESI QYP.COM.AR.

Luego de recibidas serán evaluadas para ser presentadas ante la SSS, en caso de haber un error, será notificado al prestador vía correo electrónico. El reenvío y recepción queda sujeta a las normativas ya mencionadas.

Su posterior pago se encuentra sujeto a las normativas vigentes estipuladas por la SSS. Subsidiadas por el sistema de financiamiento Nacional de las prestaciones básicas hacia personas con discapacidad. El prestador acepta este proceso de financiamiento ante el envío de su documentación.

Recepción fuera de término: La facturación que se reciba desde el día 11 (once) de cada mes, quedará para ser evaluada y presentada en el mes próximo.

En caso de que el prestador envíe la factura con una demora mayor a 2 meses, a partir del período de prestación brindado, **no será recibida por la Obra Social como tampoco será responsable de cancelar dicha deuda**, que haya sido generada por la mora de la presentación del prestador.



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA Y FORMATO A PRESENTAR

Planilla de asistencia firmada por prestador y afiliado/a con CUD. En caso de no estar en condiciones de firmar será el familiar quien acredite haber recibido la prestación. En el caso de Maestra de Apoyo y Apoyo a la Integración Escolar deberá incluir firma y sello de conformidad de la Institución Educativa. El traslado deberá anexar su firma en planillas propias.

Factura: en formato PDF, tal como se descarga de la web de ARCA (no se aceptará foto o scan). Deberá enviarse **un mail por afiliado y por período prestacional**, indicando en el asunto: Apellido y nombre del afiliado / Período de prestación. De no cumplir este formato la factura no será recibida.

En las facturas se debe explicitar en la descripción. Datos del afiliado, DNI y N.º de afiliado, prestación realizada y el periodo de facturación. Jornada realizada. Categorización de la institución (en caso que la hubiese) AGD (en caso que corresponda). En caso de transporte presentar una factura por afiliado. Indicar en la descripción el traslado realizado (NO SE CONTEMPLARAN TRASLADOS QUE NO SE ENCUENTREN AUTORIZADOS)

En CANTIDAD indicar kms o cantidad de sesiones realizados en dicho periodo. En PRECIO UNITARIO el valor correspondiente (Según nomenclador Nacional).

LA FACTURACION QUE NO CUMPLA ESTOS REQUISITOS SERA RECHAZADA



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

El reclamo de facturas impagas tendrá un periodo de resolución no mayor a dos meses de haber realizado la presentación de la factura. Posterior a este periodo el reclamo de facturación adeudada será rechazado.

Una vez abonado el período, se deberá presentar el recibo “x” por el pago realizado indicando los datos de la factura cancelada. El mismo debe incluir: fecha, número de factura, importe y número de documento del afiliado.

CONSIDERACIONES GENERALES

En los casos en que la persona con discapacidad por diversos motivos sea dado de baja de la Obra Social, se notificará al prestador el cese de autorización por parte de la misma, indicando hasta qué fecha queda vigente la autorización emitida oportunamente. No se continuaran prestaciones durante periodos de baja (desafiliación/vencimiento de CUD / motivos ajenos a la OS). En caso de prestaciones nomenciadas, para ser reconocida, deberá poseer una asistencia mayor al 80% de la asistencia mensual.

El Equipo Interdisciplinario aplicará los siguientes criterios según Resolución 1743/2024 SS Salud. Priorización de prestadores más cercanos al domicilio del paciente. Evaluación y minimización de los tiempos de traslado, evitando tiempos exagerados que puedan impactar negativamente en el tratamiento del beneficiario.

La autorización estará sujeta a revisiones periódicas para asegurar que sigue siendo la opción más adecuada para las necesidades del beneficiario y la eficiencia del servicio.



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Una vez recibida la documentación completa, será evaluada por Auditoría para su autorización. En caso de requerirse información adicional, el área de Discapacidad podrá solicitarla, siendo obligatoria su presentación por parte del afiliado/a o su referente. Se recuerda que tienen la prohibición total de cobertura prestacional afiliados o con relaciones de parentesco y/o familiaridad entre el afiliado y el prestador escogido.

Le solicitamos respetar los plazos establecidos. Las consultas/ reclamos recibidos antes de su vencimiento no serán consideradas. Auditorías prestacionales, modificaciones o cambios de prestador se realizarán dentro de los 20 días de presentada la documentación. En caso de haber faltantes u errores la recepción y auditoría de las correcciones se realizará dentro de los 10 días posteriores a su presentación. El correo electrónico recibido debe contar con la totalidad de la documentación solicitada en este instructivo y en caso de revisión deberá ser reenviado en respuesta al original. Queda sujeto a decisión de la OBRA SOCIAL, el periodo de autorización de cada prestación.

La cobertura será autorizada conforme a lo establecido en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad y lo dispuesto por la Resolución 1743/2024.

EL PRESTADOR ACEPTA NUESTRAS CONDICIONES EXPLICITADAS EN ESTE DOCUMENTO UNA VEZ RECIBIDA LA AUTORIZACION FORMAL DESDE NUESTRA OBRA SOCIAL DANDO INICIO A LA PRESTACION SOLICITADA.



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Datos administrativos y responsables de áreas

- Teléfonos 011 4-921-6795/6422/4321.

- Encargada general

Lic. Capone Graciela graciela.capone@ospfesiqyp.com.ar

- Tesorería (consulta y pagos) tesoreria@ospfesiqyp.com.ar

- Área discapacidad. (Whatsapp) 11 4426 9326

discapcidad@ospfesiqyp.com.ar

- Responsable del área de discapacidad:

Lic. Donati, Juan Francisco. Juan.donati@ospfesiqyp.com.ar

- Responsable del area social

Lic. Mariana Sacristán discapcidad@ospfesiqyp.com.ar

- Administrativo:

Yaquinto, Ezequiel. ezequiel.yaquinto@ospfesiqyp.com.ar



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Anexos



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

(Anexo 1.1)

(Anexo 1.1)	Datos del afiliado	FOTO
Apellido y Nombre		
DNI		
N° CUIL		
N Afiliado		
Fecha de Nacimiento		
Domicilio actual		
CP – Localidad		
Provincia		
Apellido y Nombre del padre/ responsable		
Teléfono de contacto del padre/ responsable		
Apellido y Nombre de la madre/ responsable		
Teléfono de contacto de la madre/ responsable		



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Resumen de historia clínica (Anexo 1.2)

Por la presente el Medico/a.....

Del establecimiento o consultorio.....

Expresa del paciente.....

DNI..... Con F de N:.....Afiliado:.....

Cuyo CUD explícita.....

.....

El siguiente resumen de historia clínica:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del médico

Sello

Fecha

Se debe completar una indicación por cada prestación solicitada



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

Pedido medico de prestación (Anexo 1.3)

Por la presente el Medico/a.....

Del establecimiento o consultorio.....

Expresa del paciente.....

DNI..... Con F de N:.....Afiliado:.....

CUIT.....

Cuyo CUD explicita.....

.....

Requiere asistir a la prestación.....

Cantidad de estímulos semanales.....

Jornada.....

en el periodo de.....hastadel año.....

Requiriendo alto grado de dependencia (AGD) SI - NO

En caso de poseer alto grado de dependencia se debe adjuntar el FIM (Medida de unidad funcional) -Anexo 4-

.....

Firma

.....

Sello

.....

Fecha



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

Datos del prestador (anexo 2.1)

Nombre del Prestador:

DNI:

F de Nac:

Estado civil:

Prestación / Especialidad:

Número de matrícula/ CUE:

RNP:

Venc.:

Domicilio de atención:

C.P.:

Localidad.:

Provincia:

Teléfono: (____)

Mail de contacto:

CUIT:

Condición:

CBU:

Beneficiario Causante:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a brindar/sesiones:

Con almuerzo: Si - No

Categoría (si corresponde):

Período:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

.....
Firma del responsable

.....
Aclaración

.....
Sello institucional/ Profesional



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

Presupuesto Instituciones Educativas / Apoyo a la Integración Escolar/ Profesionales (Anexo 2.2)

Fecha de Emisión:

Beneficiario:

Prestador y Especialidad:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar:

Con almuerzo: Si - No

Sesiones semanal:

Categoría:

Período de solicitud (Ciclo Lectivo):

Monto por sesión y/o mensual:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a auditoria): SI -NO

CBU:

.....

Firma del responsable

.....

Aclaración

.....

Sello institucional/ Profesional



OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

Planilla de consentimiento de prestación (Anexo 2.3)

(A cargo de la familia)

.....de.....de 201....

Por la presente DNI.....

Nombre y apellido del titular

Dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que

.....
(Razón social o nombre del prestador)

sito en la calle

(Domicilio, localidad, provincia)

brinda a mi.....

(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI)

Por el periodo.....

(Desde – hasta)

Bajo la modalidad de.....

(Prestación y tipo de jornada u horarios, aclara si es con servicio de comedor – indicar la dependencia en caso de corresponder)

En caso de poseer **más de una prestación** completar más de una declaración. Además de la siguiente grilla **en la última declaración**:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Prestación						
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma (familiar)

Aclaración (familiar)

DNI(familiar)

Firma responsable(Prestador)

Aclaración (Prestador)

sello (Prestador)



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

Presupuesto de Acompañante Terapéutico (Anexo2.4)

Se aclara que no se brindaran prestación de AT escolar, si el afiliado no posee prestación de MAIE o MMdA solventadas por la obra social o en caso de jornada extendida. En caso de AT en domicilio, se recuerda que su función NO suplanta la responsabilidad parental. Se deberá adjuntar escrito del familiar a cargo informado horarios laborales/escolares de todo el grupo conviviente, especificando los motivos para su cobertura. Esta prestación será evaluada desde el área de trabajo social de la OS, pudiendo intervenir el equipo de trabajo social para evaluar las características socio ambientales del afiliado con CUD. No se cubrirá AT para acompañamiento a prestaciones nombradas o recreativas/terapéuticas.

Fecha de Emisión

Beneficiario:

Prestador/a:

Modalidad prestacional:

Cantidad de días por semana:

Cantidad de horas diarias:

Valor por hora:

Presupuesto mensual:

Firma (familiar)

Aclaración (familiar)

DNI(familiar)

Firma responsable (Prestador)

Aclaración (Prestador)

DNI (Prestador)



OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

Grilla semanal de prestaciones (Anexo 2.5)

(A cargo de la familia)

Debe completarse con el cronograma completo de prestaciones y la asistencia a la jornada escolar
(aunque no sea prestación recibida por la OS)

Horarios / días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8 hs						
9 hs						
10 hs						
11 hs						
12 hs						
13 hs						
14 hs						
15 hs						
16 hs						
17 hs						
18 hs						
19 hs						
20 hs						

Firma (familiar)

Aclaración (familiar)

DNI(familiar)



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

Acta Acuerdo. Integración Escolar (Anexo2.6)

Fecha.....

En el día de la fecha, en la ciudad de.....

se establece el presente acuerdo entre la Escuela

con domicilio sito en..... Por otra parte la

integración a cargo de representada

por la Escuela / Maestra de Apoyo / Equipo de Apoyo a la Integración
Escolar / Acompañante terapéutico (tachar lo que no corresponda).

Representada por el familiar a cargo del niño/a.....

con DNIpara llevar a cabo la Integración en el Año/Sala

.....Turno Donde se detallan los siguientes horarios:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma y sello de
La Escuela Común
Donde se realiza la
Integración

Firma del Padre/
Madre/Tutor

Firma y sello de
Maestra/Equipo de
AIE/A.T

Aclaración.....

Aclaración.....

Aclaración.....



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

3- Prestación de traslado (Anexo 3.1)

(Completar el número de planillas según traslados se realicen)
Estos datos tienen carácter de declaración jurada

Fecha de Emisión:...../...../.....

Beneficiario Causante:.....

DNI:.....

Transporte:

Ida:

Desde.....

(Aclara si el domicilio de partida no es el domicilio declarado por la familia)

Hasta:.....

(Aclara la institución o prestación donde finaliza el traslado)

Kilometraje. a realizar:.....

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Hora						

Vuelta:

Desde.....

(Aclara la institución o prestación donde finaliza el traslado)

Hasta:.....

(Aclara si el domicilio de partida no es el domicilio declarado por la familia)

Kilometraje a realizar:.....

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Hora						



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Presupuesto de transporte ((Anexo3.2)

Fecha de Emisión:...../...../.....

Beneficiario Causante:.....

DNI:.....

Prestación a brindar Transporte Especial a.....

Período:

Cronograma: Día	Km Ida	Km vuelta	Km Ida + Vuelta
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			

Días mensuales (hasta)..... Viajes mensuales (hasta).....

Monto por Km.: Total Km. mensuales:

Monto mensual:.....

Adicional dependencia 35% (Sujeto a auditoria): SI -NO

Monto mensual total:.....(son)

.....
Firma (familiar)

.....
Aclaración (familiar)

.....
DNI(familiar)

.....
Firma responsable (Prestador)

.....
Aclaración (Prestador)

.....
DNI (Prestador)



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Datos del prestador (Transporte) (anexo 3.3)

Nombre del Prestador:

DNI:

F de Nac:

Estado civil:

Razón social:

Prestación:

Domicilio:

C.P.:

Prov.:

Teléfono: ()

Mail de contacto:

CUIT:

Condición:

CBU:

Beneficiario Causante:

Datos del conductor

Nombre y apellido:

F. Nac:

N° de Licencia de conducir:

Vencimiento:

Domicilio:

CP:

Prov:

Teléfono: ()

Mail de contacto:



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Datos del vehículo

Vehículo:

Tipo:

Marca:

Modelo:

Año:

Dominio:

Titular:

DNI:

Compañía de Seguros:

Póliza N°

SE DEJA CONSTANCIA QUE LA DOCUMENTACION PRESENTADA TIENE
CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. CUALQUIER ALTERACION DE
LA INFORMACION SUMINISTRADA ES MOTIVO DE BAJA DE SERVICIO Y
SE ENCONTRARA A CRITERIO DE NUESTRA OBRA SOCIAL EL
RECONOCIMIENTO DE LA PRESENTACION DE LA FACTURACION



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

Medida de Independencia Funcional (Anexo4)

No valido para afiliados menores de 6 años

Nombre y Apellido:
Af. N°:

F. de Nac.:
Diagnóstico:

Auto Cuidado	Actividad	Puntaje
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño)	
Control de Esfínteres		
7	Controlar intestino (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 control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	
Transferencia		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de 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 entrara 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	



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

	su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (implica la el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	
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)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria(implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
Puntaje FIM TOTAL		

FORMULARIO CUALITATIVO

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 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?

.....
.....



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

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 etc

.....
.....

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 INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la Evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación.

.....
.....

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.

.....
.....



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

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 pié. 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.

.....
.....



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

16. INTERACCION SOCIAL: Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas

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

17. RESOLUCION DE PROBLEMAS: implica resolver problemas cotidianos.

.....
.....

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

.....
.....

Resultado de evaluación funcional

Porcentaje total:

Grado de dependencia:

(Tachar lo que no corresponde)

Total

Parcial

No requiere

Equipo Evaluador/ Médico tratante (firma, aclaración, sello)

.....

Fecha de evaluación:.....

El reconocimiento del alto grado de dependencia queda sujeto auditoria



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL – PRESTACION POR HORA / SESIONES / KM

Prestador:

Prestación:

Razón social:

CUIT:

Domicilio de atención:

Correo electrónico:

Teléfono

Nombre y apellido del beneficiario:

DNI:

N° de afiliado:

Periodo:

Año:

FECHA	DIA / HORARIO/ KM - TRASLADO	Firma del profesional	Firma padre/madre

Firma del prestador:

Sello del prestador:



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

PLANILLA DE CONTROL DE DOCUMENTACION

AFILIADO:

PRESTACIONES SOLICITADAS

FECHA DE ENTREGA:

DOCUMENTACION / FORMULARIOS	ESTADO	OBSERVACIONES
CUD/DNI		
Anexos Familia		
1.1		
1.2		
1.3		
Anexos prestador		
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		
2.5		
2.6		
Anexo transporte		
3.1		
3.2		
3.3		
Anexo FIM		
4.1		

Observaciones de prestaciones solicitadas:



OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

Consulta y verificación del CUD

¿Cómo obtener el Certificado Único de Discapacidad (CUD)?

Instructivo oficial pasó a paso:

www.argentina.gob.ar/servicio/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud

Consulta de requisitos para tramitar el CUD:

Verifica qué documentación necesitas presentar según tu caso:

<https://www.argentina.gob.ar/cud/consulta-de-requisitos-para-tramitar-el-cud>

Consulta pública del Certificado Único de Discapacidad:

Permite comprobar la vigencia y titularidad del CUD en línea:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnpcd/spring/intro>

Por consultas o altas de afiliados portantes de CUD escribimos a:

DISCAPACIDAD@OSPFESI QYP.COM.AR