

DISCAPACIDAD 2026
- Integración -



OBRA SOCIAL DE CAPITANES, PILOTOS
Y PATRONES DE PESCA

RNOS 0-0050-5

Resolución 428/1999-MS
Resolución 1743/2024-SSSALUD

Índice

[Introducción](#)

[Documentación del afiliado](#)

[Prestaciones de Apoyo](#) (Terapias)

[Instituciones](#) (Centros categorizados)

[Maestra de Apoyo](#)

[Transporte](#)

Modelos de Planillas

- [Resumen de Historia Clínica](#)
- [Tabla FIM](#)
- [Acta Acuerdo](#)
- [Cambio o Baja de Prestador](#)

Facturación

- [Detalles del comprobante](#)
- [Envío de comprobante y planilla de asistencia](#)
- [Recibo cancelatorio](#)

Datos de Contacto

- **Luciana Vargas:** +54 9 2234 56-1442 (solo WhatsApp)

-**Correo:** discapacidad@ospesca.org.ar

COBERTURA POR DISCAPACIDAD

Para el inicio, ampliación y/o modificación de tratamientos individuales y/o institucionales y/o transporte, la documentación respaldatoria se presentará dentro del plazo de los 30 días de iniciadas las prestaciones. Caso contrario su vigencia quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario.

Las autorizaciones serán emitidas por la Obra Social una vez que complete la documentación y estarán vigentes en los periodos previstos en la autorización siempre que el beneficiario conserve la calidad de AFILIADO ACTIVO en la Obra Social.

Antes de comenzar con la solicitud, consulte la situación del afiliado en el siguiente vínculo: <https://www.sssalud.gob.ar/index.php?page=bus650>

SUPERINTENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - Órgano de Control de las Obras Sociales -

En caso que el beneficiario no se encuentre activo o dado de baja, informe la situación al correo discapacidad@ospesca.org.ar

LEGAJO INDIVIDUAL

Enviar los documentos completos y firmados a: discapacidad@ospesca.org.ar

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
1	Planilla de admisión (<i>siguiente página</i>)	
2	DNI (frente y dorso)	
3	CUD vigente (Certificado Único de Discapacidad)	
4	RHC (Resumen de Historia Clínica con diagnóstico, descripción del estado actual y evolución confeccionada por el médico tratante.	
5	FIM (Medida de Independencia Funcional)	
6	CAR (Constancia de Alumno Regular con identificación de Clave Única de Establecimiento, CUE)	
7	Indicaciones médicas *	

**** Todas las indicaciones deben estar realizadas por el mismo médico tratante aclarando teléfono y correo de contacto del profesional.***

Las imágenes se deben identificar por su contenido, ser legibles y enviadas en forma individual en el mismo correo. (NO SE ADMITE ARCHIVO UNIFICADO)

Ejemplo de correo a enviar archivos en formato JPG o PDF

- Planilla de Admisión
 - CUD
 - DNI
 - RHC
 - CAR
 - Indicaciones de terapias: Psicología, Psicopedagogía, TO, Fono, Kine, etc
 - Indicaciones educativas: Maestra de apoyo, MAIE, MMA
 - Indicaciones para centros: CET, CD, Hogar, Residencia, etc
 - Indicación transporte: Transporte o traslados
-

PLANILLA DE ADMISIÓN

- Integración -

Lugar y fecha:

Datos del titular de la obra social

DNI		CUIL	
Apellido y nombre			
Domicilio actual			
Correo electrónico			
Tel/Cel			
Vínculo	Padre		Madre
			Tutor

Datos de la persona que tramita la solicitud

DNI		CUIL	
Apellido y nombre			
Correo electrónico			
Tel/Cel			
Vínculo	Padre		Madre
			Tutor

Datos del afiliado causante

DNI		CUIL	
Apellido y nombre			
Domicilio actual			

Datos del médico tratante

Apellido y nombre	
Especialidad	
e-mail	
Tel / Cel	

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado esta declaración, sin falsear ni omitir dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

DNI: Aclaración: Firma:

Resumen de Historia Clínica

Apellido y nombre del beneficiario/a:

DNI de afiliado/a: Edad:

Diagnóstico:

.....

.....

.....

Descripción del estado actual:

.....

.....

.....

Evolución del cuadro clínico de base:

.....

.....

.....

Antecedentes de tratamientos terapéuticos y/o intervenciones educativas:

.....

.....

.....

Profesional médico tratante, firma y sello:

Fecha:

Medida de Independencia Funcional

Nombre y apellido: DNI:

Edad: Institución y/o transporte:

Categorías		Puntaje
Autocuidado		
1	Alimentación (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
2	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
3	Bañarse (Implica aseo completo del cuerpo del cuello para abajo)	
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 toilet (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 esta en pie o propulsar 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		

Nivel de Funcionalidad

7. Independiente total
6. Independiente con adaptaciones
5. Solo requiere supervisión
4. Solo requiere asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
3. Requiere asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
2. Requiere asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
1. Requiere asistencia total (menor del 25% de independencia)

Fecha:

Firma y sello:

ACTA ACUERDO

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20____
, se reúnen:

El Equipo Interdisciplinario de Apoyo a la Integración Escolar (detallar el nombre de los profesionales o de la maestra de apoyo), _____

Las autoridades de la Escuela (detallar los nombres de los representantes de la escuela) _____

y los padres del alumno, _____

DNI _____ a los efectos de conformar el Acta Compromiso para el año _____

Las partes intervinientes se comprometen al cumplimiento de los ítems que a continuación se detallan:

El Equipo Interdisciplinario de apoyo a la integración escolar se compromete a: (detallar las pautas): _____

La Escuela se compromete a: (detallar las pautas): _____

Los Padres se comprometen a (detallar pautas): _____

Firma de los Padres

Firma del representante de la Escuela y sello

Firma del Profesional/Equipo Integrador

Firma de la inspectora (si correspondiera)

Prestación de Apoyo (Terapias)

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
1	Indicación médica	
2	DNI	
3	Título	
4	Matrícula	
5	Habilitación	
6	Seguro (excepciones: Psicopedagogía, Musicoterapia y Fonoaudiología sin deglución)	
7	RNP (Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud)	
8	Habilitación del consultorio (No excluyente)	
9	Constancia de AFIP	
10	Constancia de CBU	
11	Presupuesto	
12	Conformidad	
13	Informe Inicial	
14	Plan de abordaje y Objetivos	
15	Registro de prestador	

Para agilizar el trámite de autorización revise y controle la documentación antes de enviarla. Solo se recibirá **documentación completa** según el presente instructivo.

Recepción de documentación para auditoría, autorizaciones y facturación:
discapacidad@ospesca.org.ar

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión:/. /20.....

Razón Social del Prestador:

CUIT:

Domicilio dónde realiza la prestación:

..... Correo

electrónico:

Teléfono:

Beneficiario:

DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de Jornada:

Categoría:

Periodo desde:

Periodo hasta:

Almuerzo: SI [] - NO []

Importe Mensual: \$ Dependencia:

SI [] - NO []

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Importe por sesión: \$.....

Cronograma de asistencia

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y aclaración del prestador:

CONFORMIDAD DE PRESTACIONAL

Lugar y fecha:

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI o Nro. de Afiliado:

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

Prestación	Prestador	Periodo	
		Desde	Hasta

DNI: Aclaración: Firma:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de:

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

DNI: Aclaración: Firma:

Instituciones
- Centros Categorizados -

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
1	Indicación médica	
2	Categorización	
3	Habilitación	
4	Seguro	
5	Constancia de AFIP	
6	Constancia de CBU	
7	Presupuesto	
8	Conformidad	
9	Informe Inicial	
10	Plan de abordaje y Objetivos	
11	Acta Acuerdo (si corresponde)	
12	Registro de prestador	

Para agilizar el trámite de autorización revise y controle la documentación antes de enviarla. Solo se recibirán pedidos con **documentación completa** según el presente instructivo.

Recepción de documentación para auditoría, autorizaciones y facturación:
discapacidad@ospesca.org.ar

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión:/...../20.....

Razón Social del Prestador:

CUIT:

Domicilio dónde realiza la prestación:

.....

Correo electrónico:

Teléfono:

Beneficiario:

DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de Jornada:

Categoría:

Periodo desde:

Periodo hasta:

Almuerzo: SI [] - NO []

Importe Mensual: \$

Dependencia: SI [] - NO []

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Importe por sesión: \$.....

Cronograma de asistencia

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y aclaración del prestador:

CONFORMIDAD DE PRESTACIONAL

Lugar y fecha:

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI o Nro. de Afiliado:

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

Prestación	Prestador	Periodo	
		Desde	Hasta

DNI: Aclaración: Firma:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de:

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

DNI: Aclaración: Firma:

Módulo Maestra de Apoyo

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
1	Indicación médica	
2	DNI	
3	Título	
4	Certificado Analítico	
5	Constancia de AFIP	
6	Constancia de CBU	
7	Presupuesto	
8	Conformidad	
9	Informe Inicial	
10	Plan de abordaje y Objetivos	
11	Acta Acuerdo	
12	Registro de prestador	

Por favor, revise y controle la documentación antes de enviarla. Solo se recibirá documentación completa según el presente instructivo.

Recepción de documentación para auditoría, autorizaciones y facturación:
discapacidad@ospesca.org.ar

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión:/...../20.....

Razón Social del Prestador:

CUIT:

Domicilio dónde realiza la prestación:

.....

Correo electrónico:

Teléfono:

Beneficiario:

DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de Jornada:

Categoría:

Periodo desde:

Periodo hasta:

Almuerzo: SI [] - NO []

Importe Mensual: \$

Dependencia: SI [] - NO []

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Importe por sesión: \$.....

Cronograma de asistencia

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y aclaración del prestador:

CONFORMIDAD DE PRESTACIONAL

Lugar y fecha:

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI o Nro. de Afiliado:

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

Prestación	Prestador	Periodo	
		Desde	Hasta

DNI: Aclaración: Firma:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de:

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

DNI: Aclaración: Firma:

Documentación del transporte

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
1	Indicación médica	
2	DNI	
3	Licencia de conducir	
4	Seguro	
5	Habilitación	
6	Verificación Técnica Vehicular	
7	Constancia de AFIP	
8	Constancia de CBU	
9	Presupuesto de Transporte	
10	Diagrama de Traslados	
11	Conformidad de transporte	
12	Registro de prestador	

Por favor, revise y controle la documentación antes de enviarla. Solo se recibirá documentación completa según el presente instructivo.

Recepción de documentación para auditoría, autorizaciones y facturación:
discapacidad@ospesca.org.ar

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha de Emisión:/..... /20.....

Razón Social del Prestador:

CUIT:

Correo electrónico:

Tel/Cel:

Compañía de seguros:

Póliza N°:

Beneficiario:.....

DNI:.....

Periodo desde:

Periodo hasta:

Kilómetros Mensuales:

Valor del kilómetro:

Importe Mensual: \$

Dependencia: SI [] - NO []

DNI: Aclaración: Firma:

DIAGRAMA DE TRASLADOS

Beneficiario: DNI: Periodo Desde: Hasta:

Día	Hora	Domicilio de Partida	Domicilio de Destino	KMS por viaje
Lun				
Mar				
Mié				
Jue				
Vie				
Sáb				

Total de Kms. Mensuales				
Valor del km. (Importe mensual)	\$			
Dependencia 35% (Sujeto a evaluación)	NO		SI	

DNI: Aclaración: Firma:

CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Lugar y fecha:

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI o Nro. de Afiliado:

Yo,

Con documento Tipo: Nro....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo desde:, hasta:

DNI: Aclaración: Firma:
.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 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 y cronograma de tras- lados.

DNI: Aclaración: Firma:
.....

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

Facturación

Se admite Factura A, B y C o Recibo tipo C Electrónica, la fecha de emisión debe ser posterior al periodo de prestación.

Datos del prestador

- CUIT - Razón Social – Domicilio
- Condición frente al IVA - Ingresos Brutos - Fecha de Inicio de Actividad

Datos de la Obra Social

- CUIT: **30679533815**
- Razón Social: **OBRA SOCIAL DE CAPITANES, PILOTOS Y PATRONES DE PESCA**
- Domicilio: **Av Juan B Justo 518 - Mar Del Plata Sur, Buenos Aires**
- Condición frente al IVA: **Sujeto Exento**
- Condición de venta: **Otra**

Detalle del comprobante para Prestaciones de Apoyo

- Nombre, Apellido y DNI del beneficiario
- Detalle de prestación (Psicología, Kinesiología, Psicopedagogía, etc)
- Cantidad de sesiones autorizadas
- Periodo de prestación (Mes y año)

Detalle del comprobante para Módulo Maestra de Apoyo

- Nombre, Apellido y DNI del beneficiario
- Prestación (Maestra de apoyo ó Módulo Maestra de Apoyo)
- Periodo de prestación (Mes y año)

Detalle del comprobante para Instituciones Categorizadas

- Nombre, Apellido y DNI del beneficiario
- Detalle de prestación (EGB, Form. Laboral, Hogar, CET, Ctro. de Día, etc)
- Tipo de Jornada (Simple o Doble)
- Categoría (A, B o C)
- Periodo de prestación (mes/año)
- Indicar Dependencia para CET, Ctros. de Día, Hogares y Residencias.

Detalle del comprobante del transportista

- Nombre, Apellido y DNI del beneficiario
 - Domicilio desde - hasta
 - Cantidad de viajes
 - Kms. por mes
 - Valor del Km.
 - Periodo de prestación (Mes y año)
 - Indicar Dependencia (SI o NO)
-

Recepción de Factura y Planilla de Asistencia

discapacidad@ospesca.org.ar

Contenido del correo electrónico (e-mail)

ASUNTO: **Periodo - Nombre y apellido del beneficiario.** (Ej: 202404 – Juan Sánchez)

DETALLE: **Razón social del prestador y prestación**

ARCHIVOS ADJUNTOS: **No se admite archivo adjunto unificado.**

Identifique los archivos adjuntos de la siguiente manera.

- Comprobante: **Nombre original del archivo** (archivo original pdf, **NO** escaneado)

00000000000_000_00000_00000000.pdf

- Planilla de asistencia: **Asistencia.pdf**

IMPORTANTE

- **NO se aceptan facturas posteriores a 60 días del mes prestacional brindado**
 - **Valores vigentes al Nomenclador Nacional de Discapacidad**
 - **Facturas por ajustes, sólo con autorización de la obra social.**
-

Recibos como comprobante de cancelación de deuda

El prestador deberá emitir un recibo cancelatorio en los casos que correspondiere por el tipo de factura emitida según las normas vigentes de AFIP.

En caso de no poseer recibo cancelatorio, se acepta libre deuda del prestador y la nota emitida por el prestador debe informar la cancelación de la/s factura/s, como así también la Orden de Pago suscripta por el prestador, o cualquier constancia de cobro firmada por el mismo.

El mismo criterio se utilizará cuando se trate de la cancelación de una Factura sin obligación de emitir recibo por parte del prestador (Facturas C).

SOLICITUD BAJA / CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha:/...../.....

Apellido y Nombre del beneficiario:

Documento Tipo: Nro.:

Por medio de la presente, dejo constancia de la presente solicitud.

Solicito BAJA de prestador/ra:

Especialidad:

A partir del día:/...../.....

Solicito ALTA de prestador/ra:

Especialidad:

A partir del día:/...../.....

Periodo desde: Periodo hasta:

Motivo de la baja:

.....

.....

Firma:.....

Aclaración:

DNI:

Vínculo: