

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2026.
SEGÚN RESOLUCION 1743/2024
DOCUMENTACIÓN MÉDICA

LEGAJOS 2026:

IMPORTANTE: EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA EN SÍ MISMA SU AUTORIZACIÓN. LEER ATENTAMENTE CADA PASO QUE SE INFORMA.

El presente Instructivo queda sujeto a futuros cambios de normativas por parte del Ministerio de Salud, de la Agencia Nacional de Discapacidad y/o de la Superintendencia de Seguros de Salud.



OSCRAIA
Obra Social de Conductores de Remises
Autos al Instante y Afines - RNOS 1-2680-9

Sr. Beneficiario

Documentación para hacer completar por el médico de cabecera perteneciente a la cartilla de OSCRAIA, al ámbito público o privado, cuya especialidad deberá ser:

- Neurólogo*
- Psiquiatra*
- Fisiatra*

IMPORTANTE: Según resolución 1743/2024, se revocarán los pedidos emitidos por profesionales médicos que tengan relación laboral, contractual o ser referido por la institución/ prestador que dará las prestaciones a los beneficiarios.

*La especialidad del médico dependerá de la patología de base de la persona con discapacidad detallada en su CUD.

Documentación Médica necesaria para todos los tratamientos:

1. **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - ANEXO 2** confeccionada por el **Médico (Neurólogo, Psiquiatra o Fisiatra)**. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente. **COMPLETO, LEGIBLE** con fecha **anterior** al comienzo del tratamiento. Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del médico.
2. **DATOS PERSONALES DEL AFILIADO (ANEXO 1)**
3. **CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD (CUD) VIGENTE**
4. **CONFORMIDAD DE LA PRESTACION, FIRMADA POR EL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL, Y FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE. (ANEXO 3)**
5. **FIM – Escala de Independencia Funcional - ANEXO 5 (en todos los casos)**
En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de **transporte especial** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), **confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional**. (Únicamente para beneficiarios mayores de 6 años).
6. **PEDIDO MÉDICO:** indicando Nombre y Apellido, Nro. de DNI, Diagnóstico del Beneficiario y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir **LEGIBLE** y con fecha **ANTERIOR** al comienzo del tratamiento. Las prestaciones deben ser las comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad.



Si se solicitan las modalidades educativas en todos sus niveles, apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo deberán estar sujetas al año calendario.

- **PRESTACIONES EDUCATIVAS:** debe indicar el tipo de Jornada Simple o Doble y período solicitado. (Ej. EGB, Jornada simple de FEBRERO a DICIEMBRE 2026).
- **CENTRO DE DÍA Y CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO** debe indicar el tipo de Jornada Simple o Doble, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia.(Ej. CET, Jornada completa de ENERO a DICIEMBRE 2026).
- **HOGAR, HOGAR CON CENTRO DE DÍA, HOGAR CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO** debe indicar el tipo de modalidad, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia. (Ej. HOGAR de lunes a viernes con CET de ENERO a DICIEMBRE 2026).
- **SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR** debe indicar el período solicitado. (Ej. Integración Escolar por equipo, de FEBRERO a DICIEMBRE 2026).
- **MAESTRA DE APOYO:** debe indicar el período solicitado. (Ej. Maestra de Apoyo, de MARZO a DICIEMBRE 2026).
- **TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:** debe detallar la especialidad, frecuencia semanal o mensual y período solicitado. (Ej.1: fonoaudiología 2 veces por semana de enero a diciembre 2025 o Ej.2: fonoaudiología 2 veces por semana de marzo a diciembre 2026).

En caso de exceder el límite de lo dispuesto en nomenclador de discapacidad, se deberá justificar la solicitud por el médico tratante de la especialidad que corresponda.

Documentación Médica para Transporte:

1. El pedido medico de transporte debe indicar la prestación a la que asiste indicando Nombre y Apellido, Nro. de DNI, Diagnóstico del Beneficiario y el periodo.
2. Completar ANEXO 4 (SOLICITUD DE TRANSPORTE), Y ANEXO 6 (DECLARACION DE DOMICILIO LEGAL)
3. Se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público, la misma debe estar sellada y firmada por el médico tratante.
(RESOL-1743/2024)

La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse gratuitamente en los medios públicos de transporte, aportando datos clínicos relevantes que justifiquen la imposibilidad. Asimismo, debe figurar “TRANSPORTE” como **Orientación Prestacional dentro del CUD.**

La Obra Social puede solicitar la derivación a otro establecimiento de igual calidad prestacional, más cercano a su domicilio, así como re-pautar la frecuencia de asistencia, los cronogramas de tratamiento y/o solicitar un informe médico (sujeto a evaluación), el cual deberá avalar:



OSCRAIA
Obra Social de Conductores de Remises
Autos al Instante y Afines - RNOS 1-2680-9

- La necesidad de concurrencia al establecimiento y/o prestador seleccionado y la frecuencia de asistencia que motive dicho requerimiento.
- La falta de un prestador categorizado y de igual calidad prestacional más cercano a su domicilio.
- La incidencia de las distancias, en el cuadro y evolución del beneficiario.
- En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá justificar en el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de medición de independencia Funcional (FIM, Anexo 5) Confeccionada por médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el diagrama de traslados los apoyos específicos que se brindaran. (IMPORTANTE: la dependencia podrá ser autorizada únicamente a partir de los 6 años).

En caso de solicitar transporte a escuela común, centros de rehabilitación, centros educativos terapéuticos, se deberá adjuntar la Constancia de Alumno Regular con CUE o Constancia de Asistencia a dicha institución para acreditar concurrencia.

PASOS A TENER EN CUENTA:

- Se recibirá la documentación al correo: oscraia.discapacidad@gmail.com detallando en asunto DNI, y NOMBRE DEL BENEFICIARIO QUE RECIBE LA PRESTACION.
- La documentación debe ser enviada en archivo PDF, aquellos de decidan enviar formato JPG (FOTO), se someterán a una doble auditoria para determinar si la calidad de la imagen es legible para la presentación digital del legajo en la plataforma de la SSSalud.
- En caso que la persona con discapacidad no sea el titular de la obra social, debe estar empadronado en ANSES como adherente del grupo familiar, en caso de no encontrarse empadronado en ANSES no podrá ser beneficiario de los servicios de mecanismo de integración.
- Debe haber realizado la afiliación previamente, para poder figurar en el padrón general de la Superintendencia Salud.
- El legajo debe ser enviado completo, no se recibirán legajos incompletos o por partes en diferentes correos.
- El familiar solo debe enviar lo informado en la foja 2 y 3
- Documentación del profesional o institución la debe presentar el mismo profesional, no se aceptará que lo envíe el familiar/ responsable del beneficiario.
- El titular de la obra social debe ser el firmante de la documentación.

Central: Cerrito 228, 1° Piso, "B", Ciudad Autónoma de Buenos Aires
TEL/FAX: 4381-2507/ 0800-999-1093
MECANISMO DE INTEGRACION: oscraia.discapacidad@gmail.com
FACTURACION MECANISMO DE INTEGRACION: oscraia.caba@gmail.com

El instructivo 2026 para la presentación de la documentación de los profesionales y/o instituciones se enviara a los prestadores agendados, en caso de ser un nuevo profesional o no encontrarse en la agenda de OSCRAIA, el profesional deberá solicitarlo al mail oscraia.discapacidad@gmail.com dicho instructivo para la entrega de su documentación.

La entrega en tiempo y forma de la documentación que detalla el presente instructivo es responsabilidad del titular de la obra social.

La OSCRAIA no se responsabiliza por los atrasos en las autorizaciones o falta de pago a los profesionales en caso de no presentar la documentación en tiempo y forma.

IMPORTANTE:

La fecha de emisión del pedido médico no podrá ser posterior a la fecha de inicio del período solicitado en el mismo. **Debe existir total coincidencia entre lo que se solicita en el pedido médico y los presupuestos emitidos por el prestador/ Institución/ Transporte.**

Todas las instituciones en donde se realicen prestaciones a pacientes con discapacidaddeberán encontrarse categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad - ANDIS. Puede realizarse la consulta en la siguiente página web:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>