

**INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2025.
SEGÚN RESOLUCION 1743/2024
DOCUMENTACIÓN MÉDICA**

LEGAJOS 2025:

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.

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

Sr. Beneficiario

Documentación para hacer completar por el médico de cabecera, que puede ser:

- **Neurólogo***
- **Psiquiatra***
- **Fisiatra***

*La especialidad del médico dependerá de la patología de base de la persona con discapacidad.

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 2025).
 - **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 2025).

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



- **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 2025).
- **SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR** debe indicar el período solicitado. (Ej. Integración Escolar por equipo, de FEBRERO a DICIEMBRE 2025)
- **MAESTRA DE APOYO:** debe indicar el período solicitado. (Ej. Maestra de Apoyo, de MARZO a DICIEMBRE 2025).
- **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 2025).

En caso de exceder el límite de lo dispuesto en nomenclador de discapacidad, se deberá justificar la solicitud por el medico 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 en los medios públicos de transporte. 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:

- 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 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.

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

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.
- 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.

El instructivo 2025 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.

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



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

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 lo que el prestador/ Institución/ Transporte presupuesta.**

Todas las instituciones en donde se realicen prestaciones a pacientes con discapacidad deberán 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>

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