



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO DE LA CONSTRUCCION Y AFINES**  
**Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9**

---

## **DISCAPACIDAD**

**La ley N° 24.901/97 M.S. Sistema de Prestaciones basicas en habilitacion y/o rehabilitacion integral a favor de las personas con discapacidad contemplando acciones de Prevencion, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.**

### **LINEAS DE ATENCION GRATUITAS**

Para realizar su consulta puede comunicarse a:

0800-333-3480 Lunes a Viernes de 09:00 a 17:00 Hs. y/o Tel.: (011) 6091-7900 con el area de discapacidad. Mail: [discapacidad@ospatca.org.ar](mailto:discapacidad@ospatca.org.ar)

### **REFERENTES:**

Sr. Carlos Elias

Interno 1205

Mail: [celias@ospatca.org.ar](mailto:celias@ospatca.org.ar)

Srta. Antonella Homedes

Interno 1206

Mail: [ahomedes@ospatca.org.ar](mailto:ahomedes@ospatca.org.ar)

Nota: los formularios correspondientes podran descargarse para imprimir y completarse por los profesionales.



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO DE LA CONSTRUCCION Y AFINES**  
**Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9**

---

**INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD**

Los beneficiarios que posean certificado de discapacidad tienen derecho al acceso de todas las prestaciones que figuren en el PLAN MEDICO OBLIGATORIO (P.M.O) indicadas por un profesional responsable.

¿Qué documentación se debe presentar?

Lo que se detalla a continuación debe estar completado por Médico pediatra o clínico, médico psiquiatra o medico neurólogo, SIN EXCEPCION, en la documentación entregada en OSPATCA.

- **Resumen de historia clínica** original
- **Pedido médico original por cada prestación.**

Detallando: nombre y apellido DNI, N° de afiliado, edad, sexo, nacionalidad, diagnóstico, cantidad de sesiones **semanales** y periodo del tratamiento (Ej.: ene a Dic/22)

**IMPORTANTE:** Siempre se debe solicitar cualquier tratamiento un mes antes de iniciada la prestación. Por ejemplo: el periodo es de agosto a diciembre, entonces debe estar firmado con fecha de JULIO

- **Planilla de historia clínica de discapacidad** (Con los datos de los pedidos médicos en donde Solicita Plan Terapéutico Indicado)

**DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL PRESTADOR**

- **Presupuesto por prestación** según Res. Vigente (Detallando: nombre y apellido, N° DNI, cantidad de sesiones semanales, periodo del tratamiento, monto por sesión y mensual). Incluir en el presupuesto los días de atención, horario, mail del prestador y teléfono de contacto. Completar el modelo de presupuesto de la obra social

Debe estar firmado y sellado por el/la prestador.

- **Plan de trabajo original anual e Informes** (expedido por el/la profesional – Se detallan en la tercera hoja del instructivo):

Para especialistas: **Registro Nacional de Prestadores, copia del título profesional, AFIP.**

Para instituciones: **Categorización e inscripción a la Superintendencia de Salud y habilitación.**

En caso de solicitar apoyo a la integración escolar: **certificado de alumno regular y acta acuerdo**



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO DE LA CONSTRUCCION Y AFINES**  
**Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9**

---

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA SOLICITUD DE TRANSPORTE**

**El transporte se cubre por la Obra Social en el caso que lo indique el Certificado de Discapacidad, para eso ver donde se indica la orientación prestacional**

Documentación a completar por el MEDICO:

- **Pedido médico de transporte** (Detallando: nombre y apellido, N° DNI, N° afiliado, edad, sexo, nacionalidad, diagnóstico, indicando si es ida y vuelta, desde donde hasta donde, si necesita dependencia y periodo de la solicitud (Ej: Enero a Dic/22))
- **Planilla de solicitud de transporte** (firmado por el médico)

Documentación a presentar por el prestador del servicio:

- **Presupuesto de transporte** (Detallando: nombre y apellido, N° DNI, indicando si es ida y vuelta, desde donde hasta donde, periodo del tratamiento, cantidad de km diarios y mensuales, cantidad de viajes, monto del Km. diario y mensual, indicar si es con dependencia y mapa de geolocalización). Indicar días y horarios que se brinda la prestación, mail y teléfono de contacto del transportista  
EL PRESUPUESTO DEBE ESTAR FIRMADO Y SELLADO POR EL PRESTADOR Y FAMILIAR DEL BENEFICIARIO
- **Debe presentar seguro, habilitación e inscripción ante la AFIP y carnet de conducir.**

**DOCUMENTACION PERSONAL A PRESENTAR POR EL BENEFICIARIO**

- Fotocopia del último **recibo de sueldo** o último pago del **monotributo** (anterior al comienzo del tratamiento)
- Fotocopia **carnet** del titular y del beneficiario/a
- Fotocopia **documento nacional de identidad** de titular y beneficiario/a
- Fotocopia **certificado de discapacidad vigente**
- En caso de solicitud de transporte presentar certificado de domicilio a nombre del beneficiario emitido en el Registro Civil

**IMPORTANTE:** *No se recibirá documentación incompleta. SIN EXCEPCIÓN*



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO DE LA CONSTRUCCION Y AFINES**  
**Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9**

---

**Resolución N 21731/2021-SSS#MS, para la cobertura por DISCAPACIDAD para el año 2023.**

A continuación, se detallan los requisitos:

- **Informe de evaluación inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resueltos del proceso de evaluación
- **Informe evolutivo de la prestación,** en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con las personas con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados
- **Plan de abordaje individual,** en el cual consten: período, modalidad de la prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos
- Presupuesto prestacional
- 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), confeccionado por Lic. Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán 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); confeccionado por médico tratante y/o Lic. en terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/tutor
- **Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada**

**Nota: Las prestaciones se autorizan por mail directamente al prestador una vez recibida la documentación detallada anteriormente.**