



# **INSTRUCTIVO DE DISCAPACIDAD 2026**



## INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTO

### DISCAPACIDAD 2026

La Obra Social Generar Salud establece el siguiente Manual de Procedimiento para la cobertura de prestaciones de Apoyo de afiliados con discapacidad. El siguiente instructivo se encuentra adaptado al Nomenclador para Personas con Discapacidad establecido por la Superintendencia de Servicios de Salud y viene en correlación a periodos anteriores.

Es una herramienta útil para prestadores y padres que busca agilizar la presentación de la documentación necesaria para el comienzo o continuidad de tratamiento:

- a- Solicitarlo vía mail a [discapacidad@generarsalud.com.ar](mailto:discapacidad@generarsalud.com.ar)
- b- Descargarlo de nuestra página Web [generarsalud.com.ar](http://generarsalud.com.ar) o escaneando el Código QR.
- c- Delegación mas cercana

**Este Instructivo incluye las planillas que se deberán presentar según los requerimientos junto a la Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2026.**

### ¿QUIEN PUEDE SER BENEFICIARIO?

Para acceder a las prestaciones de apoyo deberá tener CUD (Certificado Único de Discapacidad) actualizado, vigente y presentado con anterioridad a la Obra Social

Podrán acceder a las prestaciones establecidas en el Nomenclador de prestaciones quien padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables su integración familiar, social, educacional o laboral y requiera atención y tratamiento (según lo establecido en el artículo 11 de la Ley 24.901.

### DELEGACIONES HABILITADAS PARA REALIZAR EL TRAMITE

Para acceder a los prestaciones los beneficiarios podrán acercarse a las delegaciones que la Obra Social tiene en cada jurisdicción, así mismo podrán comunicarse en forma telefónica a la Sede Central a través de los teléfonos de contacto o enviar mail a [discapacidad@generarsalud.com.ar](mailto:discapacidad@generarsalud.com.ar) dónde recibirá orientación y ayuda respecto a los requisitos para solicitar las prestaciones, listado de prestadores y documentación que deberían presentar.

El contacto con el Equipo de Discapacidad podrá ser en forma telefónica a los 280-4420547 o 280-4963902, los mismos podrán requerir entrevistas con padres y/o tutores, prestadores y solicitar ampliación de documentación, cambios en plan de trabajo, sugerencias en el tratamiento

El Área de Discapacidad podrá convocar a las partes cada cuatro meses a encuentros y los días Viernes realizará atenciones presenciales y/o telefónicas.



La cartilla de Prestadores de Discapacidad se encuentra en la Pagina Web, donde se podrá consultar por los profesionales disponibles y las nuevas incorporaciones.

### ENVIO DE DOCUMENTACION

- a- Se deberán enviar al mail [discapacidad@generarsalud.com.ar](mailto:discapacidad@generarsalud.com.ar) toda la documentación escaneada (NO FOTOS) en un archivo por prestación solicitada. indicando en el ASUNTO: Nombre, Apellido y número de afiliado.
- b- Toda documentación y planillas presentadas deberán estar completas, con letra clara o tipada. No se dará curso cuando la documentación se encuentre incompleta, borrosa o de difícil lectura.
- c- Las áreas de auditoría Médica y Discapacidad procederán al análisis de dicha documentación y dará el aval correspondiente para su ingreso al trámite en caso de estar completa, indicará la documentación faltante y/o las modificaciones a realizar.
- d- Una vez que las áreas competentes de auditoría Médica, y Discapacidad dictaminen que la documentación se encuentre completa y que la prestación y Plan de tratamiento se encuentra acorde a las necesidades del afiliado se procederá a dar la autorización, reenviando el formulario de presupuesto autorizado por el medico auditor.
- e- El equipo Interdisciplinario y Auditoria Medica se resguarda el derecho de autorizar o no las prestaciones que fueran solicitadas evaluando si corresponden según las necesidades del afiliado, como así también podrá solicitar cambio en el plan de tratamiento. En caso de ser necesario, se solicitará la evaluación del beneficiario por la junta Evaluadora de la Obra Social
- f- **No se reconocerán y abonaran las prestaciones que no hayan sido previamente autorizadas por la obra social.**
- g- La documentación requerida estará sujeta a las eventuales modificaciones que la Obra Social considere necesaria y/o Resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud y/o Superintendencia de Servicios de Salud.
- h- **Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria serán autorizados por 11 meses al año, esto en función del periodo vacacional y la necesidad de descanso del afiliado, la familia y el prestador, que podrá ser en los meses de enero y/o febrero.**
- i- **Las prestaciones no podrán exceder de 2 sesiones por semana, por prestación, salvo afiliados con internación domiciliaria y que el profesional médico lo justifique.**

### BENEFICIARIO



- ✓ Certificado de Discapacidad vigente, aquellos que excedan de los 5 meses de vencidos, quedaran automáticamente suspendidas las prestaciones de rehabilitación, eductivas, etc, hasta regularizar su situación.
- ✓ Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante, donde justifique la prestación solicitada ( hasta 2 sesiones semanales)
- ✓ Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante.
- ✓ Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor, conforme ANEXO II.
- ✓ Constancia de alumno Regular (en caso de corresponder para los casos de solicitud de Maestra de Apoyo, Psicopedagogía e Integración Escolar)
- ✓ Acta acuerdo de integración escolar

### PRESTADOR

Los prestadores que inicien nuevos tratamientos deberán presentar por única vez la siguiente documentación personal escaneada (NO FOTOS)

- 1) Título habilitante
- 2) Matricula Provincial
- 3) Constancia de CUIT.
- 4) Constancia de CBU
- 5) DNI (frente y dorso)
- 6) Seguro por mala praxis
- 7) Certificado actualizado de inscripción como Prestador de Discapacidad
- 8) Mail personal

**NOTA:** aquellos profesionales que continúen con las terapias a los mismos afiliados solo deberán presentar los puntos 6, 7 y 8 (en el caso que hayan modificado sus datos bancarios)

Además, se deberá presentar:

- ✓ Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados 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 la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados (en periodos anteriores).
- ✓ Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- ✓ Presupuesto prestacional. Los valores y alcances de las prestaciones serán los que surjan de la Res. Minis. 428/1999 y sus modificaciones y conforme el marco de referencia, para las prestaciones 2026 aceptará presupuestos hasta el monto que se encuentren acorde a los vigentes (sin excepción).



- ✓ Las fechas de los presupuestos y formularios deberán ser 30 días anteriores al inicio del tratamiento.
- ✓ No se aceptan tachaduras y/o enmiendas.

En caso de algunas prestaciones se deberá presentar otras documentaciones que a continuación se detallan.

### **HOGAR, HOGAR CON CENTRO DE DÍA, HOGAR CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO**

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), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar: Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

### **TRANSPORTE**

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), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

- ✓ Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de geo referencia miento utilizado – Google Mapa) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- ✓ Certificado de Habilidad, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- ✓ El transporte deberá estar Inscripto en el Registro Nacional de Prestadores (ANDIS)

### **MAESTRO DE APOYO / INTEGRACION ESCOLAR**

Aquellas prestaciones de Maestro de Apoyo deberán presentar junto a la documentación antes mencionada se deberá adjuntar:



#### POR EL PRESTADOR:

- ✓ Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo. Títulos habilitados:
  - Profesorado de Educación Especial
  - Licenciatura en Psicopedagogía
  - Licenciatura en Ciencias de la Educación
  - Licenciatura en Psicología
- ✓ Constancia de CUIT.
- ✓ 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.
- ✓ Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante
- ✓ Para estas prestaciones podrán realizarlas

#### POR EL AFILIADO:

- Constancia de alumno regular.
- Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.

Cualquier de la prestaciones NO podrán presentar facturas durante el me de ENERO, según lo establecido por la SSS.

### **FACTURACIÓN**

La facturación debe ser presentada del 1 al 10 de cada mes al mail de la seccional correspondiente o al de la sede Central [discapacidad@generarsalud.com.ar](mailto:discapacidad@generarsalud.com.ar). La documentación debe ser escaneada en formato PDF, no se aceptarán fotos.

Se deberá presentar en forma mensual:

- 1) Planilla de asistencia mensual con carácter de declaración jurada
- 2) Factura (B O C) no es necesario imprimirlas y firmarlas
- 3) Cada 6 meses se deberá presentar informe de evolución

#### **IMPORTANTE: según las normativas vigentes**

- ✓ No se podrá presentar facturas de más de dos periodos vencido.
- ✓ La presentación tardía de la facturación puede imposibilitar y/o retrasar el pago en tiempo y forma.



- ✓ En el detalle de la factura debe aclararse el valor de la prestación y en reglón separado el valor de la zona desfavorable (las facturas que no cumplen dicho formato serán devueltas para ser modificadas).

### **CONFECCIÓN DE FACTURA Y/O RECIBO:**

#### **Encabezado:**

- Fecha de emisión (posterior al mes de presentación)
- Estar extendido a nombre de: OBRA SOCIAL DE LUZ Y FUERZA DE LA PATAGONIA
- CUIT: 30-71035033-3
- Domicilio: Paraguay 33 CP. 9100 TRELEW CHUBUT
- Condición IVA: Exento

#### **En la descripción o cuerpo de la factura:**

- Nombre de beneficiario causante – DNI y N° afiliado
- Periodo facturado (mes y año facturado)
- -Importe individual e importe mensual
- -Modalidad, jornada (doble y simple)
- -Categoría del establecimiento si corresponde
- -Indicar si incluye dependencia

#### **En el caso de especialidades:**

- Tipo de prestación, cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas y sumatoria de las prestaciones facturadas.

#### **En caso de transporte debe contener:**

- Dirección de partida y destino
- Indicar si incluye dependencia SI / NO
- Cantidad de km recorridos por viaje. Cantidad de viajes por día.
- Cantidad de km mensuales (km por viaje por cantidad de viajes)
- Monto individual por KM
- Monto mensual de la prestación brindada

### **CONFECCIÓN DE RECIBOS CANCELATORIOS:**

#### **El mismo debe contener:**

- Fecha
- Número completo de factura que cancela
- En caso de recibo global: detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas, debe confeccionarse nota de crédito a nombre de la obra social.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia
- Total, del recibo verificado que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas



- Firma y aclaración del prestador o su representante
- Las facturas y/o Recibos deben ser tipo “B” o “C”
- Enviar el recibo una vez efectivizado el pago de presentaciones por la Obra Social (sin excepción)
- Todos los prestadores deben aportar el correspondiente recibo cancelatorio dentro de los 10 días posteriores al pago de la prestación cancelada por la Obra Social o la Orden de Pago emitida por la Obra Social, firmada y sellada.





## ANEXOS:

ANEXO 1.1 - RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (Médico y/o especialista)

ANEXO 1.2 - PEDIDOS MEDICOS (Médico y/o especialista)

ANEXO 1.3 - INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO (Titular, padres o tutor)

ANEXO 1.4 - PRESUPUESTO TRATAMIENTOS DE APOYO (Prestador)

ANEXO 1.5 - APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (Maestra Integradora / Centro terapéutico)

ANEXO 1.6 - PRESUPUESTO INSTITUCIONES (Centros de Dia / residencia/ Hogar)

ANEXO 1.7 - PRESUPUESTO TRANSPORTE ESPECIAL (Transportista)

ANEXO 1.8 - JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA (Médico- Transporte)

ANEXO 1.9 - NOTA DE SOLICITUD DE BAJA/CAMBIO DE PRESTADOR (Titular, padres o tutor)

ANEXO 1.10 - TABLA PARA VALORACIÓN DE DEPENDENCIA (Terapista Ocupacional / Medico)

ANEXO 1.11 - INFORMACION BANCARIA PARA EL COBRO DE FACTURACIÓN (Prestador)

ANEXO 1.12 - CONFORMIDAD DE PRESTACION (Titular, padres o tutor)

ACTA ACUERDO DE INTEGRACION (Escuela – Padres- MAI)

PLANILLA ASISTENCIA DE REHABILITACION

PLANILLA ASISTENCIA DE MAESTRA DE APOYO / INTEGRACION

PLANILLA DE ASISTENCIA DE TRANSPORTE



## HOJA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACION PARA LEGAJO

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DOCUMENTACIÓN PERSONAL</b><br>(para todos los casos)<br>Tildar lo que corresponda | <input type="checkbox"/> Certificado Único de Discapacidad (vigente).<br><input type="checkbox"/> Constancia de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado.<br><input type="checkbox"/> Conformidad por las prestaciones (Anexo II).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>DEL MÉDICO</b><br>Tildar lo que corresponda<br><input type="checkbox"/> Resumen de Historia Clínica.<br><input type="checkbox"/> Prescripciones Médicas. |
| <b>DEL PRESTADOR</b><br>Tildar lo que corresponda                                    | <input type="checkbox"/> Informe de evaluación Inicial (sólo en caso de una nueva prestación).<br><input type="checkbox"/> Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas).<br><input type="checkbox"/> Plan de abordaje individual.<br><input type="checkbox"/> Presupuesto.<br><input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP).<br><input type="checkbox"/> Registro Nacional de Prestadores (RNP)<br><input type="checkbox"/> En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.<br><input type="checkbox"/> En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M<br><br>En caso de solicitar Apoyo Escolar:<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>CON EQUIPO</b><br/> <input type="checkbox"/> Acta Acuerdo.<br/> <input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.         </div> <div style="width: 45%;"> <b>CON MAESTRA DE APOYO</b><br/> <input type="checkbox"/> Título Habilitante.<br/> <input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.         </div> </div><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Constancia de CBU         <input type="checkbox"/> Acta Acuerdo       </div><br><input type="checkbox"/> Matricula Provincial |                                                                                                                                                             |
| <b>TRANSPORTE</b><br>Tildar lo que corresponda                                       | <input type="checkbox"/> Conformidad del Diagrama de Traslados.<br><input type="checkbox"/> Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo.<br><input type="checkbox"/> Presupuesto.<br><input type="checkbox"/> Mapa recorrido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                             |
|                                                                                      | <input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP).<br><input type="checkbox"/> Constancia CBU emitida por el Banco.<br><input type="checkbox"/> VTV, licencia del conductor y póliza de seguro.<br><div style="border: 1px solid green; padding: 2px; display: inline-block;">Registro Nacional de prestadoes</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                             |

**\*Recuerde que toda la documentación solicitado es indispensable para conformar el legajo y autorizarlas prestaciones, verifique antes de la presentación, que la documentación se encuentre completa. En caso de continuidad con el mismo prestador, solo será necesario presentar la documentación con fechas de vencimiento**