

# GUÍA PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

## AÑO 2022

## Consideraciones generales

En esta guía encontrarás toda la información necesaria para la gestión de la autorización de prácticas y la ayuda para una correcta presentación de la documentación requerida.

Las prestaciones que se brindan a las personas con discapacidad se encuentran reguladas en la Ley 24.901, la cual creó un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de otorgarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. **Dicha ley dispone la cobertura total de las prestaciones allí especificadas, así como las mencionadas en el "Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad"** aprobado por la Resolución 428/1999 MSyAS, mediante servicios propios de los Agentes del Seguro de Salud o contratados por estos.

La presentación de la documentación debe realizarse con anterioridad al inicio del tratamiento y, de acuerdo con las normas vigentes, la falta de documentos respaldatorios nos impedirá brindar cobertura ante las prestaciones solicitadas. Si la entrega se realiza una vez iniciado el tratamiento, de corresponder, se autorizará la cobertura a partir de la fecha de presentación. Esta documentación tiene carácter de declaración jurada y es imprescindible para analizar cada prestación solicitada.

## Exclusivo socios

Tal como se informa en la cartilla médica y conforme a lo establecido en la normativa vigente (artículos 11 y 12, Ley 24.901), nuestro Departamento de Discapacidad y Salud Mental cuenta con un equipo interdisciplinario que se encuentra a tu disposición para orientarte acerca de los servicios a los que podés acceder.

Asimismo, a través de nuestros prestadores contratados, contás con la cobertura total de las prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad (artículo 6, Ley 24.901). Para conocer nuestra cartilla, ingresá en [www.osde.com.ar](http://www.osde.com.ar).

Si elegís continuar los tratamientos con profesionales o instituciones que no pertenecen a nuestro staff de prestadores, te ofrecemos dos alternativas en ese sentido:

- **Proponer al profesional/institución formar parte de nuestra cartilla.** Los interesados podrán ingresar sus datos en [www.cvprest.osde.com.ar](http://www.cvprest.osde.com.ar) para su posterior evaluación. Una vez cargada esa información, podrás comunicarte con el **0810.555.6733** para que, a partir de ese momento, demos prioridad a tu pedido.
- **Realizar el tratamiento a través del sistema de pago directo al profesional o la institución** -en el que OSDE abonará a éstos la suma previamente informada-. La transferencia se efectuará con posterioridad a la prestación y dentro de los 35 días hábiles a partir de la presentación de la factura ante OSDE -que deberá realizarse, preferentemente, en forma mensual-. Es importante tener en cuenta que **los montos previstos en tu plan pueden no llegar a cubrir la totalidad de los honorarios establecidos por los profesionales no contratados por OSDE y que, en ese caso, quedará a tu cargo cualquier diferencia dineraria que pueda surgir.**

Se sugiere seleccionar aquellas instituciones categorizadas e inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores de discapacidad para garantizar la atención con profesionales/instituciones que brindan calidad de servicios. Podés consultar esta información en:

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

Cabe mencionar que, teniendo en cuenta que la cobertura integral debe brindarse a través de los prestadores propios o contratados por el Agente del Seguro de Salud (artículo 6, Ley 24.901), y que el Decreto 9/93 PEN dejó sin efecto toda norma que regule aranceles prestacionales de cualquier tipo entre prestadores y obras sociales (artículo 6), la cobertura superadora que OSDE brinda cuando se elige un profesional o una institución que no pertenece a nuestro staff de prestadores, puede contemplar montos que no coinciden con los aranceles referenciales sugeridos por el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

**IMPORTANTE:** existen prestaciones que se cubren exclusivamente a través de los prestadores contratados por OSDE, por lo que te sugerimos consultar con nuestra Gerencia de Discapacidad y Asistencia Domiciliaria antes de contratar un profesional o institución particular ajeno a la cartilla de OSDE.

ÍNDICE

Documentación general .....	5
Prestaciones de rehabilitación (prestaciones de apoyo).....	6
Módulo de estimulación temprana .....	8
Módulo integral intensivo/simple .....	10
Educación especial inicial - EGB .....	12
Formación laboral .....	14
Módulo de apoyo a la integración escolar.....	16
Módulo maestro de apoyo .....	18
Centro educativo terapéutico .....	20
Centro de día .....	22
Transporte.....	24
Hogar .....	27
Formularios/anexos.....	29
Facturación de profesionales ajenos a la cartilla.....	30

## DOCUMENTACIÓN GENERAL

Todos los socios que reciban nuestra cobertura y atención integral a favor de las personas con discapacidad deben presentar:

- Copia del Certificado Único de Discapacidad (solo si el que se presentó con anterioridad se encuentra vencido al momento de la entrega de la documentación para la renovación).
- Resumen de Historia Clínica anual y única para todas las prestaciones, con firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante. Debe incluir: fecha, nombre y apellido, número de documento, diagnóstico, antecedentes de salud y evolución del paciente.

### Modelo orientativo de Resumen de Historia Clínica

#### Resumen de Historia Clínica

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

#### Datos del paciente

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ N.º de DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Evolución del cuadro clínico de base (fisiátrico/psiquiátrico) en el último año con el esquema terapéutico que fue implementado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Matrícula

Nombre, apellido y teléfono

Firma y sello

## PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN (PRESTACIONES DE APOYO)

Se denomina prestación de apoyo a aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

### Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - **Prestación y frecuencia semanal.**
  - Diagnóstico.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### Modelo de indicación médica:

R/P	
<b>Nombre y apellido:</b> _____	
<b>N.º de socio:</b> _____	
<b>Solicito: Prestación y cantidad de sesiones semanales.</b>	
Período: _____	
Diagnóstico: _____	
Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ___ / ___ / ___	
Firma: _____	
Sello (tipo y número de matrícula): _____	

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervenientes. (1)

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario, ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud)**

**Para tratamientos realizados por profesionales ajenos a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Copia del título habilitante del profesional o, en caso de que realice el tratamiento en una institución, habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de profesional/institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de profesional/institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos” (solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

**Recordá que para poder brindar prestaciones, el profesional deberá contar con la Inscripción al registro nacional de prestadores vigente. OSDE verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización y/o condicionar su pago.**

---

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

## MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Se entiende por estimulación temprana al proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y el niño pequeño con alguna discapacidad. Está destinado a bebés y niños pequeños, entre 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años.

### Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
  - Diagnóstico.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### Modelo de indicación médica:

R/P	
Nombre y apellido:	_____
N.º de socio:	_____
 Solicito: Módulo de estimulación temprana.	
 Período: Enero a diciembre 2022.	
 Diagnóstico: _____	
 Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ___ / ___ / _____	
 Firma: _____	
Sello (tipo y número de matrícula): _____	

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, modalidad de prestación y profesionales intervenientes. Se deben detallar las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales. (1)

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

**Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos” (solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

**Recordá que para poder brindar prestaciones, el profesional deberá contar con la Inscripción al registro nacional de prestadores vigente. OSDE verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización y/o condicionar su pago.**

---

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

## MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO/SIMPLE

Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación a fin de recibir atención ambulatoria. La modalidad de cobertura es a través del módulo de tratamiento integral intensivo o módulo por tratamiento integral simple.

### Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestación y frecuencia semanal. Se deben indicar las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.
  - Diagnóstico.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### Modelo de indicación médica:

R/P
Nombre y apellido: _____
N.º de socio: _____
Solicito: Módulo integral intensivo/simple.
Período: Enero a diciembre 2022.
Diagnóstico: _____
Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ___ / ___ / ___
Firma: _____
Sello (tipo y número de matrícula): _____

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento con fecha de inicio y fin para el 2021: objetivos, áreas a tratar, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de intervención (presencial, teleasistencia o ambas), profesionales intervenientes y fecha probable de alta. Se deben indicar las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales. (1)

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

**Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos” (solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

**Recordá que para poder brindar prestaciones, el profesional deberá contar con la Inscripción al registro nacional de prestadores vigente. OSDE verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización y/o condicionar su pago.**

---

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

## EDUCACIÓN ESPECIAL INICIAL - EGB

### Nivel Inicial

Proceso educativo especial correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello. Existen escuelas categorizadas para brindar esta prestación.

### EGB

Proceso educativo especial programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

### Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
  - Diagnóstico.
  - Tipo de jornada: simple o doble.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### Modelo de indicación médica:

R/P

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

N.º de socio: \_\_\_\_\_

Solicito: **Educación especial para el nivel EGB/Inicial. Jornada doble/simple.**

Período: **Ciclo lectivo 2022.**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Sello (tipo y número de matrícula): \_\_\_\_\_

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente) y modalidad de prestación. (1)
- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Certificado de alumno regular (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo).
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

**Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente)

---

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

## FORMACIÓN LABORAL

Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional, cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobada por organismos oficiales competentes en la materia. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

### **Documentación a presentar:**

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
  - Diagnóstico.
  - Tipo de jornada: simple o doble.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### **Modelo de indicación médica:**

R/P
<b>Nombre y apellido:</b> _____
<b>N.º de socio:</b> _____
<b>Solicito: Formación laboral. Jornada doble/simple.</b>
<b>Período: Ciclo lectivo 2022.</b>
<b>Diagnóstico:</b> _____
<b>Fecha (debe ser anterior al período que prescribe):</b> _____ / _____ / _____
<b>Firma:</b> _____
<b>Sello (tipo y número de matrícula):</b> _____

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que

asiste el paciente) y modalidad de prestación. (1)

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento. (1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- Certificado de alumno regular (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo).
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

**Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

---

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

## MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Los servicios educativos de apoyo a las instituciones de educación común tienen por objeto ofrecer los apoyos específicos para la evaluación y la atención de alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes, dentro del ámbito de la educación común, en todos sus niveles. Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo.

El equipo de apoyo técnico especializado podrá pertenecer a una escuela especial, centro educativo terapéutico con integración escolar o actuar independientemente, capacitado para tal fin. Deberá articular y coordinar su accionar con el equipo docente de la escuela común donde el niño concurra, y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio deberá brindarse por módulo de un mínimo de 8 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional, articulado con la escuela común.

### Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
  - Diagnóstico.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### Modelo de indicación médica:

R/P	
<b>Nombre y apellido:</b>	_____
<b>N.º de socio:</b>	_____
<b>Solicito: Módulo de apoyo a la integración escolar o apoyo a la integración escolar</b>	
<b>Período: Ciclo lectivo 2022.</b>	
<b>Diagnóstico:</b> _____	
<b>Fecha (debe ser anterior al período que prescribe):</b> _____ / _____ / _____	
<b>Firma:</b> _____	
<b>Sello (tipo y número de matrícula):</b> _____	

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervenientes. (1)
- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- Certificado de alumno regular (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo).
- **Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela común y el equipo integrador.** Para que el documento sea válido debe contar con las tres firmas. (1)
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

**Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos” (solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

---

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

## MÓDULO MAESTRO DE APOYO

Es un proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico y articulado con la escuela común que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad referida. Se reconocerá con Psicopedagogo/a, Licenciado/a en Ciencias de la Educación, Maestro/a o Profesor/a de Educación Especial, con títulos habilitantes. El profesional a cargo de esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

### Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
  - Diagnóstico.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### Modelo de indicación médica:

R/P	
Nombre y apellido:	_____
N.º de socio:	_____
<b>Solicito: módulo maestro de apoyo o apoyo a la integración escolar</b>	
Período: <b>Ciclo lectivo 2022</b>	
Diagnóstico: _____	
Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): _____ / _____ / _____	
Firma: _____	
Sello (tipo y número de matrícula): _____	

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervenientes. (1)

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento. (1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- **Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela común y el profesional interviniente.** Para que el documento sea válido debe contar con las tres firmas. (1)
- Certificado de alumno regular (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo).
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

**Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Copia del título habilitante y datos del profesional. Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de profesional). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

---

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

## CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Es aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Estas metodologías pueden incorporar, reformulados pedagógicamente, recursos extraídos del campo terapéutico; por lo que el equipo profesional que las investigue, produzca y aplique tendrá una composición y conformación que permita ese abordaje.

Está dirigido a personas con discapacidad que presenten restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

La organización educativo terapéutica en todo servicio deberá incluir como mínimo tres (3) sesiones individuales para la modalidad de concurrencia de jornada doble y dos (2) sesiones individuales en el caso de jornada simple de las distintas especialidades o de alguna de ellas, determinadas a partir de la evaluación inicial interdisciplinaria y la estrategia de abordaje para cada caso en particular.

### **Documentación a presentar:**

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
  - Diagnóstico.
  - Tipo de jornada: simple o doble.
  - Si solicita dependencia, debe aclararse en la prescripción médica.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### **Modelo de indicación médica:**

R/P	
Nombre y apellido:	_____
N.º de socio:	_____
 Solicito: <b>Centro educativo terapéutico, jornada doble/simple, con/sin dependencia.</b>	
 Período: <b>Enero a diciembre 2022.</b>	
Diagnóstico: _____	
 Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): _____ / _____ / _____	
 Firma: _____	
Sello (tipo y número de matrícula): _____	

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervenientes. En caso de solicitar dependencia debe especificar los apoyos que se brindan. (1)
- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento. (1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- En caso de solicitar dependencia: Escala FIM –Índice Independencia Funcional- que contenga un informe cualitativo y cuantitativo, especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual, confeccionado **por un Lic. en Terapia Ocupacional (perteneciente a la institución)**. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma y el sello del profesional que la realizó. (1)
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

**Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad) de la institución donde realiza los tratamientos. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

## CENTRO DE DÍA

Es el servicio que se brinda a la persona con discapacidad con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

### Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
  - Diagnóstico.
  - Tipo de jornada: simple o doble.
  - Si solicita dependencia, debe aclararse en la prescripción médica.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### Modelo de indicación médica:

R/P	
<b>Nombre y apellido:</b>	_____
<b>N.º de socio:</b>	_____
 Solicito: <b>Centro de día, jornada doble/simple, con/sin dependencia.</b>	
 Período: <b>Enero a diciembre 2022.</b>	
 Diagnóstico: _____	
 Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): _____ / _____ / _____	
 Firma: _____	
 Sello (tipo y número de matrícula): _____	

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación

y profesionales intervenientes. En caso de solicitar dependencia debe especificar los apoyos que se brindan. (1)

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- En caso de solicitar dependencia: Escala FIM –Índice Independencia Funcional- que contenga un informe cualitativo y cuantitativo, especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual, confeccionado **por un Lic. en Terapia Ocupacional (perteneciente a la institución)**. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma y el sello del profesional que la realizó. (1)
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

**Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad) de la institución donde realiza los tratamientos. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

---

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

## TRANSPORTE

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención o establecimiento educacional y viceversa. **El médico tratante deberá fundamentar la solicitud de transporte aportando datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público. Esta prestación también debe justificarse en el Resumen de Historia Clínica.**

**Ley 24.901, artículo 13.** Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación, establecido por el artículo 22, inciso a) de la ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuera necesario.

### Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestaciones a las que se dirige y frecuencia.
  - Diagnóstico.
  - Si solicita dependencia, debe aclararse en la prescripción médica.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### Modelo de indicación médica:

R/P
<b>Nombre y apellido:</b> _____
<b>N.º de socio:</b> _____
Solicito: <b>Transporte para</b> (detallar la prestación a la cual se traslada el beneficiario).
Período: <b>Enero a diciembre 2022.</b>
Diagnóstico: _____
Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): _____ / _____ / _____
Firma: _____
Sello (tipo y número de matrícula): _____

- Nota manuscrita del titular especificando si ha hecho o no uso de la franquicia prevista en la Ley 19.279 para adquirir un automóvil a favor de la persona con discapacidad. (1)
- Formulario de Diagrama de Traslados - Consentimiento (1) que incluya la siguiente información:
  - Razón social, CUIT/CUIL, teléfono de contacto (línea fija y celular), domicilio actualizado del transportista.
  - CUIL, nombre y apellido del beneficiario del transporte.
  - Domicilio de partida y de llegada de cada viaje que efectúe el paciente, detallando la prestación a la que concurrió, días y horarios.
  - Valor del kilómetro. Recuerde que deberá presentar un nuevo presupuesto si se produjeran cambios en las tarifas.
  - Total de kilómetros diarios y mensuales.
  - Firma y sello (con razón social y CUIT) del transportista.
  - Firma del beneficiario o representante.
  - Fecha y lugar de emisión. La fecha deberá ser anterior al período para el que solicita la prestación.
  - **En caso de solicitar dependencia deberá incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.**
- Constancia de Alumno Regular (CAR), solo en aquellos casos en donde se solicite transporte a institución educativa y, si al momento de la solicitud, no se ha presentado para otra prestación.
- En caso de solicitar dependencia: Escala FIM –Índice Independencia Funcional- que contenga un informe cualitativo y cuantitativo, especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual, confeccionado **por un Lic. en Terapia Ocupacional (perteneciente a la institución)**. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma y el sello del profesional que la realizó. (1)

**Para traslados realizados por transportistas ajenos a la cartilla, se debe presentar en forma adicional la siguiente documentación:**

- Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado del transporte.
- Póliza de seguro.
- Verificación técnica vehicular.
- Licencia de conducir.
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de transportista). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)

---

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

Al momento de presentar la factura para el pago directo al transportista, además, deberá entregar:

- Planilla “Asistencia a los tratamientos y/o instituciones” (1) o fotocopia del registro de asistencia con firma y sello en original del responsable de la institución.

### **IMPORTANTE – RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA**

Si la prestación se presupuesta con dependencia, el efector de la misma deberá detallar el tipo de apoyo extra que implementará al momento de solicitar el reconocimiento del plus económico adicional. Esta solicitud deberá acompañarse del correspondiente Resumen de Historia Clínica y de la escala FIM (artículo 13, Ley 24.901), emitidos por el médico tratante.

En todos los casos, la dependencia será evaluada y autorizada o no por el equipo interdisciplinario, el que podrá solicitar documentación adicional.

El concepto de acompañante enunciado en los certificados de discapacidad solo se refiere al beneficio accesorio de cobertura gratuita en el transporte público de quien陪伴e al titular del certificado (artículo 22, Ley 22.431, según modificación Ley 24.314).

### **TRANSPORTE EVENTUAL**

En caso de que el transporte se deba a una eventualidad (consulta médica, urgencia, etc.), su cobertura se evaluará al momento de ser solicitada y no a principio de año, como los traslados habituales. En este caso, la documentación tendrá que presentarse dentro de un plazo máximo no mayor a los 30 días desde la fecha en la que se efectuó la prestación.

Además, será necesaria la entrega de:

- Pedido médico con solicitud de traslado y motivo.
- Constancia de atención del profesional interviniente.
- Recibo con kilómetros recorridos y fecha del viaje.

---

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario, ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

## HOGAR

Es un recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral de los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continental. Está destinado a personas que requieren de una infraestructura especializada para su atención, sin la cual se hace difícil su supervivencia, en especial a aquellas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

### Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5). **Es importante una fundamentación exhaustiva ante la necesidad de esta prestación.**
- Indicación médica:
  - Nombre y número de socio.
  - Prestación.
  - Diagnóstico.
  - Si solicita dependencia, debe aclararse en la prescripción médica.
  - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
  - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

### Modelo de indicación médica:

R/P	<b>Nombre y apellido:</b> _____
	<b>N.º de socio:</b> _____
<b>Solicito: Hogar (con/sin dependencia).</b>	
<b>Período: Enero a diciembre 2022.</b>	
<b>Diagnóstico:</b> _____	
<b>Fecha (debe ser anterior al período que prescribe):</b> ____ / ____ / ____	
<b>Firma:</b> _____	
<b>Sello (tipo y número de matrícula):</b> _____	

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, detalle de adecuación curricular en caso de corresponder,

objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervenientes. (1)

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- En caso de solicitar dependencia: Escala FIM –Índice Independencia Funcional- que contenga un informe cualitativo y cuantitativo, especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual, confeccionado **por un Lic. en Terapia Ocupacional (perteneciente a la institución)**. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma y el sello del profesional que la realizó. (1)
- Informe socioambiental: si lo confeccionó la institución, podrá presentarse por única vez al inicio de la evaluación de la prestación.
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

---

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

## ANEXO/FORMULARIOS

Existen prestaciones que, para su evaluación, requieren la presentación de un formulario.

Podés encontrar los modelos vigentes en la sección **Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web: [www.osde.com.ar](http://www.osde.com.ar).**

También podés solicitarlos a través de nuestros canales de atención.

Si sos prestador, tenés que descargarlos desde la extranet: [www.extranet.osde.com.ar](http://www.extranet.osde.com.ar).

## FACTURACIÓN DE PROFESIONALES AJENOS A LA CARTILLA

Al momento de confeccionar la factura, tené en cuenta las siguientes consideraciones:

### Tipos de factura:

Profesionales Exentos y Monotributistas - Factura C.

Profesionales Responsables Inscriptos - Factura A.

NO SE RECIBIRÁN FACTURAS TIPO B.

### Datos del destinatario de la factura:

Razón social: OSDE - Organización de Servicios Directos Empresarios.

Domicilio: Av. Leandro N. Alem 1067, piso 9 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

C.U.I.T.: 30-54674125-3.

Condición frente al IVA: Responsable Inscripto.

Condición de Venta: cuenta corriente.

### Cuerpo de la Factura:

Nombre, apellido y D.N.I. del beneficiario.

Período de prestación.

Prestación brindada.

Modalidad, jornada (simple o doble), categoría del establecimiento (si corresponde), si incluye dependencia y, en el caso de especialidades, cantidad de sesiones, valor unitario de las mismas y sumatoria de las prestaciones facturadas.

Las facturas correspondientes a servicios de transporte deben contemplar los siguientes datos:

- Direcciones de partida y destino.
- Cantidad de viajes por día y en forma mensual.
- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
- Total de kilómetros por mes.
- Indicar si incluye dependencia.

Si el detalle es muy extenso, se puede presentar un anexo respaldatorio vinculado a la factura.

La transferencia bancaria del dinero se efectuará con posterioridad a la prestación y dentro de los 35 días hábiles a partir de la presentación de la factura ante OSDE, que deberá realizarse dentro de los 10 días posteriores a la realización de la prestación facturada.

Te recordamos que, para los profesionales ajenos a la cartilla, OSDE desarrolló en la **Extranet** un programa de Servicios en Línea, cuyo objetivo es ofrecerle al profesional herramientas que agilicen y faciliten su trabajo. Allí podrá:

- Consultar su cuenta corriente.
- Actualizar datos personales.
- Consultar información administrativa y reglamentaciones del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).
- Acceder a los instructivos para facilitar la presentación de su facturación.

Para consultas sobre el blanqueo de clave de Extranet, el profesional puede comunicarse con el Centro de Atención Telefónica a prestadores 0810-666-6733, de lunes a viernes de 9 a 20.