MANUAL DE ACCESO A LAS PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD SEGÚN NOMENCLADOR RES.428/99

OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

CONTENIDO

¿Para qué sirve este manual? 03
Lineamientos generales del manual 05
Normas de autorización de la obra social 06
Tips para el acceso a las prestaciones 08
Equipo Interdisciplinario 09
Detalle para la solicitud de prestaciones 2026: 10
DEL BENEFICIARIO 10
DEL PRESTADOR 11
Documentación a presentar:
Documentación personal del afiliado 12
Documentación terapias de rehabilitación 13
Instituciones 13
Profesionales individuales / Prestaciones de apoyo 14
Estimulación temprana 14
Documentación prestaciones educativas:
Apoyo a la integración escolar en equipo 15
Módulo maestra de apoyo y por hora 16
Centro educativo terapéutico 17
Escuela especial 18
Formación laboral 19
Centro de día 20
Documentación prestaciones asistenciales:
Hogar Permanente / Hogar con CET / Hogar con Centro de día 21
Transporte 22
Check List 23
Formularios:
Formulario Nº 01 – Datos personales 24
Formulario Nº 02 - Consentimiento 25
Formulario Nº 03 – Consentimiento transporte 26
Formulario Nº 04 – Nota de cambio / baja 27
Formulario Nº 05 – Acta acuerdo 28
Formulario Nº 06 - Presupuesto 29
Formulario Nº 07 – Declaración jurada 30
Formulario Nº 08 – Presupuesto transporte 31
Formulario Nº 09 – Alta de proveedores 32
Descripción de las prestaciones 33
Contenidos de facturación 38
Datos de las obras sociales 39
Información sobre facturación 40
Ejemplo de Factura 41
Planillas de asistencia 42
Manual de usuario plataforma de prestadores de discapacidad 45
Carga de facturas plataforma web:
1 Ingreso al Portal 45
2 Login 46
3 Pantalla principal de facturas 46
4 Búsqueda de facturas 47
5 Ingreso de nuevas facturas y datos importantes 48
6 Cambio de contraseña 52

DATOS IMPORTANTES

¿Para qué sirve este manual?

Este manual tiene como objetivo ayudarte a entender de manera simple cómo acceder a las prestaciones básicas para personas con discapacidad durante el año 2027. Acá encontrarás los pasos, documentación necesaria y contactos útiles para realizar la gestión correctamente.

¿Cómo acceder a las prestaciones?

- Contar con Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente aprobada por Res. vigente de SENADIS.
- Solicitar la entrevista anual con el Equipo Interdisciplinario INCLUIR (obligatoria para todas las prestaciones según Art 11 de la ley 24901).
- Recibir el esquema terapéutico: el equipo le indicará qué tratamientos y cantidad de sesiones corresponden.
- Buscar profesionales o instituciones categorizadas por SENADIS (Cartilla de prestadores de OSDEPYM).
- Reunir y cargar la documentación completa en el Portal Discapacidad **https://www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**
- Esperar la autorización: La autorización podrá consultarse en el Portal de Discapacidad. Una vez que la documentación haya sido revisada y autorizada, dentro de un plazo de 30 días hábiles, recibirá la confirmación en el correo electrónico registrado.
- Con la autorización, podrán comenzar las prestaciones y los prestadores podrán facturar.

OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

IMPORTANTE TENER EN CUENTA

1. TENER LA ENTREVISTA CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
2. REVISAR QUE LOS FORMULARIOS ESTÉN COMPLETOS Y FIRMADOS (SIN COPIAR Y PEGAR)
3. TIEMPO DE GESTIÓN: 30 DÍAS HÁBILES

CONTACTOS ÚTILES

OSDEPYM SUCURSAL DE ATENCIÓN

Florida 15 piso 6, CABA, Buenos Aires.
www.osdepym.com.ar
Mail: discapacidad@osdepym.com.ar
Mail: prestadoresdiscapacidad@osdepym.com.ar

INCLUIR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO OSDEPYM

Av. Rivadavia 1523, 2° "A", CABA, Buenos Aires.
Tel.: 4583-1273 / 11 3765 9159
Mail: incluir@redincluir.com

Lineamientos generales del manual

Lo detallado a continuación es de carácter obligatorio para acceder a las prestaciones.

¿Qué contiene el manual?

El presente instructivo contiene los requisitos necesarios para acceder a la cobertura de las prestaciones básicas para las personas con discapacidad con CUD Vigente, de acuerdo a lo establecido en el nomenclador vigente Resol.428/99 que comprende a los beneficiarios mayores de 1 (un) año de edad y hasta los 60 (sesenta) años inclusive.

¿Qué debo hacer con la documentación requerida?

La documentación del manual deberá ser ingresada en el nuevo Portal de Discapacidad https://www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/ para que sea analizado por el área de Discapacidad. Si tiene dudas sobre la modalidad de ingreso puede consultar el instructivo en la pág web o haciendo click en el siguiente enlace:

Instructivo: Hace clic aquí.

Video: Hace clic aquí.

¿En qué formato se aceptará la documentación?

Preferentemente formato PDF o JPG hasta 25 MB (Megabytes).

¿Qué gestión realizamos desde la Obra Social?

Cada solicitud se analizará y se autorizará desde la obra social, desde el Sector de Discapacidad en Casa Central, una vez que se haya presentado toda la documentación en forma completa, y a posterior de la evaluación del equipo Interdisciplinario de Discapacidad de la Obra social. Si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos médicos o establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario y el prestador la presentación de dicha documentación.

En ningún caso la recepción de la documentación implica la renovación de la autorización por la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del área de Discapacidad y tiene un tiempo de gestión mínima de 30 días hábiles desde recibida la documentación en el Portal. Una vez finalizada la gestión, se informarán los faltantes o la propia autorización a través de la Plataforma y al mail registrado. En caso de reclamo de faltantes, deberá ingresar al Portal a realizar las modificaciones correspondientes.

¿Por qué la entrevista anual con nuestro equipo interdisciplinario es importante?

La entrevista anual es de carácter obligatorio para acceder a las prestaciones requeridas, la misma puede realizarse personalmente en los consultorios del Equipo y de forma virtual en caso que lo disponga el Equipo o de residir en el interior del país.

Normas de autorización de la obra social

- Las prestaciones se autorizan por períodos de fecha posterior a la presentación de la documentación.
- Solo se autorizarán prestaciones que estén validadas por el Equipo Interdisciplinario.
- No se autorizarán períodos retroactivos ni se gestionarán reintegros por prestaciones ya brindadas, sin previa autorización de la Obra Social.
- Los aranceles autorizados serán aquellos estipulados por el Ministerio de Salud de la Nación, según Resolución vigente, para las prestaciones reconocidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad Res. 428/99.
- No se autorizarán presupuestos por capacitación, supervisión y/o coordinación de profesionales y/o equipos.
- No se autorizarán tratamientos en Instituciones y/o Profesionales que poseen vencida la categorización y/o NO estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o en el Secretaría Nacional de Discapacidad (SENADIS).
- No se autorizarán prestaciones con fecha anterior a la de emisión del certificado de discapacidad.
- No se autorizarán prestaciones con CUD vencidos y/o sin gestión de renovación. Solo se validarán las prórrogas según Res. Vigente de SENADIS.
- Se deberá informar en forma fehaciente cualquier variación, inclusión, exclusión, modificación, etc. que se produzca en el tratamiento por medio de una nota firmada por el titular en original. En caso de modificar prestaciones se deberá solicitar una entrevista con el Equipo Interdisciplinario para ser evaluado por el mismo y notificada la OS.
- Para la aprobación del cambio de prestador, deberá presentarse la documentación nueva del prestador según se indica en el presente manual para la prestación requerida.
- No se liquidarán facturas cuya prestación NO haya sido AUTORIZADA previamente, por lo cual, queda bajo la responsabilidad de los beneficiarios, profesionales y/o instituciones el otorgar la prestación sin haber sido notificados de la aprobación de la misma.
- Las facturas deben cargarse en la web de la Obra Social dentro de los 10 días posteriores al fin de mes en que se brindó la prestación. No se liquidarán facturas presentadas fuera de término, ni aquellas que no hayan sido cargadas según se indica en instructivo de facturación. * Ver capítulo Instructivo de Facturación.

Normas de autorización de la obra social

- En el Régimen del Monotributo, el estricto cumplimiento de los pagos mensuales es condición obligatoria para recibir la cobertura correspondiente. Ante la ausencia de los mismos, se procede a la inmediata suspensión de las prestaciones autorizadas.

- No se dará curso a todo tratamiento que no tenga evidencia científica por la OMS y/o que no figure en el Nomenclador Básico para Personas con Discapacidad.

- Cada seis meses todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar y enviar un informe semestral de Evaluación/Evolución del paciente. Al finalizar el período autorizado todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar un informe final con la evolución y estado actual del beneficiario.

- Toda alteración o falta de autenticidad de la documentación solicitada, será derivada al Departamento de Asuntos Legales de la Obra Social para su intervención.

- Acceso progresivo: Conforme a lo establecido por la normativa vigente, el acceso a la cobertura de prestaciones de discapacidad incluidas en la res.428/99 se encuentra sujeto a un período de acceso progresivo de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de ingreso al padrón de Monotributo del beneficiario con CUD.

Tips para el acceso a las prestaciones

PASO 1

Sacar turno con el equipo interdisciplinario para realizar la entrevista anual y las prescripciones de tratamiento a realizar.

PASO 2

Cargar en el Portal la documentación **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/** especificada en el Manual de Acceso 2027 para su análisis y posterior autorización.

PASO 3

Una vez autorizada/s la/s prestación/es solicitada/s, podrá consultar la autorización en el **Portal de Discapacidad**. La confirmación será enviada también al correo electrónico registrado por el afiliado y a los prestadores correspondientes, quienes podrán iniciar la prestación una vez recibida la autorización.

PASO 4

El prestador puede comenzar a cargar las facturas en la plataforma web de la obra social para ser ingresadas **www.osdepym.com.ar/facturas-web/discapacidad/facturas.action**

Equipo Interdisciplinario

En cumplimiento como Obra Social con el Art.11 de la Ley 24.901, contamos con el Equipo Interdisciplinario INCLUIR, un centro formado por profesionales de distintas especialidades que conforman el equipo de trabajo interdisciplinario del área de Discapacidad.

Su función es evaluar, prescribir el tratamiento adecuado y acompañar la demanda prestacional en función de la inclusión de la persona con discapacidad, otorgando a la familia la contención necesaria.

La entrevista anual es de carácter obligatorio para acceder a las prestaciones requeridas, la misma puede realizarse personalmente en los consultorios del Equipo y de forma virtual en caso de residir en el interior del país

Una vez finalizada la entrevista mencionada, el equipo interdisciplinario remitirá el esquema terapéutico anual directamente a la obra social, en formato de resumen de historia clínica, órdenes médicas, escala de dependencia FIM -en caso de necesitar- e informe del beneficiario.

Debe solicitar la entrevista anual comunicándose por medio de los siguientes canales, donde se le asignará una entrevista indicando día y horario:

EQUIPO INCLUIR **Tel.: 4583-1273 / 11 3765 9159** **Mail: incluir@redincluir.com**
Dirección: Av. Rivadavia 1523 2° “A”, CABA, Buenos Aires, Argentina.

Detalle para la solicitud de prestaciones 2027

DEL BENEFICIARIO:

¿QUÉ TENGO QUE HACER?	¿CÓMO LO HAGO?
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE	Presentar el CUD vigente por mail a **discapacidad@osdepym.com.ar**
ENTREVISTA CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	La entrevista a INCLUIR la debe solicitar la familia, con previa autorización de la OS. En la entrevista los médicos le darán el esquema terapéutico. Mail: **incluir@redincluir.com**
DERIVACION A PRESTADORES	Deberá dirigirse a los prestadores incluidos en la Cartilla de Prestadores, quienes se encuentran categorizados para brindar las prestaciones correspondientes y cumplen con los requisitos establecidos por SENADIS.
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN	La documentación deberá ser Cargada en el Portal de Discapacidad únicamente https://www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/ **IMPORTANTE!!!** Revisar bien toda la documentación antes de enviarla, verificar que los formularios estén completos y con las firmas correspondientes para evitar demoras en el proceso.
AUTORIZACIONES DE LAS PRESTACIONES	Una vez autorizada la/s prestación/nes, la misma la verá reflejada en la plataforma. Además llegará al mail registrado por el afiliado y a los prestadores, la autorización correspondiente para dar inicio al tratamiento.

Detalle para la solicitud de prestaciones 2027

DEL PRESTADOR:

¿QUÉ TENGO QUE HACER?	¿CÓMO LO HAGO?
SOLICITARLE A LA FAMILIA EL ESQUEMA TERAPÉUTICO BRINDADO POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN LA ENTREVISTA.	Sólo se autorizaran las prestaciones y la cantidad de sesiones que indique y cargue nuestro equipo interdisciplinario. Portal Prestador www.osdepym.com.ar/facturas-web/discapacidad/facturas.action
DOCUMENTACIÓN	Deben presentar toda la documentación que se detalla en este instructivo. Sin excepción. **IMPORTANTE!!!** ▶ TODA DOCUMENTACIÓN DEBE TENER FECHA DE EMISIÓN ANTERIOR A LA PRIMERA FACTURA A PRESENTAR. ▶ SOLO SE ACEPTAN FIRMAS OLÓGRAFAS O DIGITALES, NO CORTADAS Y PEGADAS.
ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN	Toda la documentación correspondiente exclusivamente a Prestadores de Cartilla deberá ser cargada a través del siguiente Portal: www.osdepym.com.ar/facturas-web/discapacidad/facturas.action En el perfil del Prestador, donde actualmente se realiza la carga de facturas, se incorporará una nueva pestaña denominada **"Documentación General"**. Esta opción estará disponible exclusivamente para Prestadores de Cartilla y deberá utilizarse para la carga de la documentación correspondiente.
AUTORIZACIÓN	La autorización les llega al mail registrado, en la misma verán reflejada la prestación autorizada, el/la profesional, la cantidad de sesiones y el período. **IMPORTANTE!!!** Verificar la autorización, ya que luego no se aceptarán futuros reclamos.
CARGA DE FACTURAS	Una vez que reciban la autorización, están habilitados a la carga de facturas en nuestra plataforma www.osdepym.com.ar/facturas-web/discapacidad/facturas.action

Documentación a presentar

*Según Resolución 1743/24 de la Superintendencia de Servicios de Salud: “La documentación deberá ser firmada en forma ológrafa y se enviará a través de un archivo por foto o esca-nea-da, por medios digitales”.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Documentación personal del afiliado

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento (Marcar con una X para verificar el envío completo).

- Formulario de datos personales del afiliado *Formulario Nº 01
- Copia de DNI, ambos lados del titular.
- Copia de DNI del beneficiario que recibe la prestación.
- Constancia de Cuil de Anses de ambos. **https://www.anses.gob.ar/consulta/constancia-de-cuil**
- Copia VIGENTE del CUD y en caso de estar vencida la prórroga, enviar el renovado según Ley N° 22.431.
- Copia de Último recibo de sueldo del titular en caso de aportar por relación de dependencia.
- Copia de los últimos 6 comprobantes de pagos del Monotributo, previos a iniciar el tratamiento.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Documentación terapias de rehabilitación

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento (Marcar con una X para verificar el envío completo).

Instituciones

- Constancia de alumno regular 2027 (en caso de asistir a institución educativa).
- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Documentación terapias de rehabilitación

Instituciones

- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Inscripción de los Profesionales en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Inscripción de las Instituciones en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud según Anexo VI de la RES Nro 789/09 del Ministerio de Salud (no se aceptarán Instituciones con Inscripción Anexo I).
- Categorización de Instituciones en el Secretaria Nacional de Discapacidad o SENADIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Profesionales individuales / Prestaciones de apoyo

- Constancia de alumno regular 2027 (en caso de asistir a una institución educativa).
- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el 2027 firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de la prestación, firmado y sellado por el/la profesional.
- RNP vigente de/la profesional.
- Matrícula profesional.
- Título doble faz del profesional.
- DNI ambos lados del profesional.
- Constancia de ARCA del profesional.
- Constancia bancaria de CBU del profesional.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Profesionales individuales / Prestaciones de apoyo

- Alta de proveedores firmado y sellado por él/la profesional Formulario N° 09.
- Para CAMBIO de prestador enviar la misma documentación y nota de baja/cambio de prestador Formulario N° 04.
- Habilitación de Consultorio Vigente (Excluyente)

Estimulación temprana

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento
(marcar con una X para verificar el envío completo).

- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Secretaria Nacional de Discapacidad o SENADIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.
- Para CAMBIO de prestador enviar la misma documentación y nota de baja/cambio de prestador Formulario N° 04.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Documentación prestaciones educativas

Apoyo a la integración escolar en equipo

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento
(marcar con una X para verificar el envío completo).

- Constancia de Alumno Regular 2027.
- Acta de acuerdo 2027 firmada por la escuela, el prestador y la familia Formulario Nº 05.
- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores SENADIS sumar detalle de documentación de equipos interdisciplinario del centro.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Inscripción de las Instituciones en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud según Anexo VI de la RES Nro 789/09 del Ministerio de Salud (no se aceptarán Instituciones con Inscripción Anexo I).
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores SENADIS - Adjuntar detalles de los equipos de apoyos Técnico especializado de la Institución.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro vigente.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.
- Para CAMBIO de prestador enviar la misma documentación y nota de baja/cambio de prestador Formulario N° 04.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Módulo maestra de apoyo y por hora

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento
(marcar con una X para verificar el envío completo).

- Constancia de Alumno Regular 2027.
- Acta de acuerdo firmada 2027 por la escuela, el prestador y la familia Formulario Nº 05.
- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Título doble faz del profesional.
- Analítico del profesional.
- DNI ambos lados del profesional.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.
- Para CAMBIO de prestador enviar la misma documentación y nota de baja/cambio de prestador Formulario N° 04.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Centro educativo terapéutico

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento
(Marcar con una X para verificar el envío completo).

- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Secretaria Nacional de Discapacidad o SENADIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.
- Para CAMBIO de prestador enviar la misma documentación y nota de baja/cambio de prestador Formulario N° 04.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Centro educativo terapéutico

Escuela especial

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento
(Marcar con una X para verificar el envío completo).

- Constancia de Alumno Regular 2027.
- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Secretaria Nacional de Discapacidad o SENADIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.
- Para CAMBIO de prestador enviar la misma documentación y nota de baja/cambio de prestador Formulario N° 04.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Formación laboral

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento
(Marcar con una X para verificar el envío completo).

- Constancia de Alumno Regular 2027.
- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Secretaria Nacional de Discapacidad o SENADIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de Seguro del centro.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09 .
- Para CAMBIO de prestador enviar la misma documentación y nota de baja/cambio de prestador Formulario N° 04.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Centro de día

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento
(Marcar con una X para verificar el envío completo).

- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Secretaria Nacional de Discapacidad o SENADIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Documentación prestaciones asistenciales

Hogar Permanente / Hogar con CET / Hogar con Centro de día.

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento (Marcar con una X para verificar el envío completo).

- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario Nº 02.
- Presupuesto 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario Nº 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2027 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2026 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Secretaria Nacional de Discapacidad o SENADIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.
- Para CAMBIO de prestador enviar la misma documentación y nota de baja/cambio de prestador Formulario N° 04.

Importante: Para esta prestación, el equipo realizara una Evaluación Ambiental a través de un Trabajador Social y es responsabilidad de la familia que pueda llevarse a cabo.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

Transporte

Documentación a presentar previo al inicio del tratamiento
(Marcar con una X para verificar el envío completo).

- Constancia de alumno regular 2027 (En caso de asistir a institución educativa).
- Conformidad 2027 completa y firmada por la familia Formulario N° 03.
- Presupuesto 2027 Transporte firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 08.
- Declaración Jurada de NO POSESIÓN DE VEHÍCULO FRANQUICIADO Formulario N° 07.
- Licencia de conducir del chofer vigente.
- DNI ambos lados del chofer.
- VTV vehicular vigente.
- Habilitación vigente.
- Seguro vehicular vigente.
- Constancia de ARCA del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.
- Para CAMBIO de prestador enviar la misma documentación y nota de baja/cambio de prestador Formulario N° 04.

*En los casos de las prestaciones que requieren dependencia, deberá el prestador enviar la tabla FIM firmada y sellada por el Terapista ocupacional (excluyente).

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser cargado en el Portal de Discapacidad exclusivamente: **www.osdepym.com.ar/discapacidad-web/**

OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

CHECK LIST AUTOGESTIÓN

Recuerde que la documentación solicitada es excluyente para la autorización.
Tilde según corresponda en cada caso.

- [ ] Certificado Único de Discapacidad (vigente)
- [ ] CUIL titular y beneficiario
- [ ] DNI Titular y beneficiario
- [ ] Recibo o pago Monotributo
- [ ] Formulario datos personales
- [ ] Conformidad firmada

Equipo interdisciplinario

Fecha del turno

- [ ] Informe inicial (nuevo prestador)
- [ ] Categorización SNR
- [ ] Informe evolutivo (renovación)
- [ ] Título doble faz
- [ ] Plan de trabajo
- [ ] Constancia de ARCA
- [ ] Presupuesto
- [ ] DNI doble faz
- [ ] Registro Nacional de Prestadores
- [ ] Alta de proveedores y CBU

En casos de apoyo a la integración escolar/maestra de apoyo además

- [ ] Acta acuerdo firmada
- [ ] Adecuación curricular
- [ ] Constancia de alumno regular
- [ ] Título y analítico (maestra)

Transporte

- [ ] Conformidad transporte
- [ ] VTV vigente
- [ ] Presupuesto con detalle del diagrama
- [ ] Licencia de conducir vigente
- [ ] Mapa del recorrido
- [ ] Póliza de seguro vigente
- [ ] Habilitación
- [ ] Constancia de ARCA
- [ ] DJ no posesión de vehículo con franquicia
- [ ] Alta de proveedores y CBU

Formulario nº 1

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO QUE RECIBE PRESTACIONES:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:

TELÉFONO PARTICULAR: CEL:

TELÉFONO ALTERNATIVO (INDICAR A QUIÈN PERTENECE):

MAIL:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

GRUPO FAMILIAR (INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y VÍNCULO):

OTROS:

Formulario nº 2

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 1743/24 SSS/MS

Fecha: ___/___/___

Apellido y nombre del beneficiario con CUD: _____

Número de Afiliado o DNI: _____

Yo _____ con Documento Tipo ( ) Nº _____ , doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ .

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ .

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ .

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ .

Firma: _____ Aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR: Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de _____

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: _____ Aclaración: _____

Documento: _____ Lugar y fecha: _____

Formulario Nº 03 – Consentimiento transporte

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSPORTE - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 1743/24 SSS

Fecha: ___/___/___

Apellido y nombre del beneficiario con CUD: _____

Número de Afiliado o DNI: _____

Yo _____ con Documento Tipo ( ) Nº _____ , doy mi conformidad

al diagrama de traslados por el período desde _____ Hasta _____

Firma: _____ Aclaración: _____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificaciones. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR: Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de _____ _____ Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente. Autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____ Aclaración: _____

Documento: _____ Lugar y fecha: _____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificaciones. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Formulario Nº 04 – Nota de cambio / baja

MODELO DE NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR / BAJA DE PRESTADOR

Fecha: ___/___/___

Sres. (OOSS)

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar un cambio de prestador para el beneficiario

DNI

Nuevo prestador:

Prestación:

Mes de Inicio:

Se deja constancia de la baja del prestador

Quien prestó el servicio hasta el mes de

Observaciones:

Firma del Afiliado/Representante*:

*En caso de ser el representante, detallar parentesco

Aclaración: DNI:

Formulario Nº 05 – Acta acuerdo

ACTA DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

A los días del mes de. de , en la localidad de

Buenos Aires, se reúnen

Para acordar los siguientes aspectos del niño/a

DNI socio de la obra social

Nº de afiliado

El horario de Acompañante (Figura válida para la Institución educativa) o Maestra de Apoyo a la Integración Escolar (Figura válida para la O. Social según Nomenclador Nacional para las personas con Discapacidad); dentro del recinto escolar será en los días en la franja horaria a

El rol consistirá en asistir al niño/a dentro de la dinámica áulica; dichas intervenciones serán a nivel asistencial y en el campo pedagógico siempre que la actividad lo requiera.

Se trabajará mancomunadamente con la docente de grado y la Psicopedagoga en el caso que corresponda.

Se buscará la mayor autonomía por parte del niño/a integrado, que pueda respetar los tiempos de actividad dentro del aula.

Promover mayores niveles Atencionales.

La totalidad de los honorarios del Módulo de equipo Integrador y/o profesional destinado al caso es solventada directamente por la O. Social con los valores establecidos y en cumplimiento de la Resol. Vigente Nº
Según el nomenclador básico para las personas con Discapacidad del niño/a acompañar.

En prueba de dicho acuerdo, los interesados firman al pie dos ejemplares.

A los Días del mes de Del año

Firma Padre / Tutor | Firma Integrador | Firma Resp Escuela

OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

Formulario nº 6

PRESUPUESTO INSTITUCIONES Y/O PROFESIONALES INDEPENDIENTES

FECHA: _____ /_____ /_____

Señores (Obra Social)_____

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año_____

Afiliado_____ DNI:_____

Modalidad (virtual/presencial): _____

Período solicitado: _____ hasta_____

Cantidad de sesiones semanales_____ Cantidad de sesiones mensuales_____

Valor de la sesión según Resol. Vigente_____Monto mensual _____

Especificar con una X en caso de corresponder:

☐ Jornada Simple ☐ Jornada Doble ☐ Incluye dependencia

Aclaraciones:_____

_____

Almuerzo (marcar con círculo): SI NO

Especialidad /Prestación: _____

Prestador (Razón Social):_____ Categoría:_____

Teléfono:_____ N° de CUIT_____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	DE_____	DE_____	DE_____	DE_____	DE_____	DE_____
	A_____	A_____	A_____	A_____	A_____	A_____

E-Mail:_____ Domicilio_____

_____ _____

Firma y sello del Prestador Aclaración / DNI / N° de Matrícula

Formulario Nº 07 – Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA DE NO POSESIÓN DE VEHÍCULO FRANQUICIADO

FECHA: _____ /_____ /_____

Señores Obra Social:_____

De nuestra mayor consideración:

Por la presente, y a requerimiento del Sistema Único de Reintegro, doy conformidad que NO poseo vehículo adquirido por franquicia otorgada por el Servicio Nacional de Rehabilitación para mi hijo/a con DISCAPACIDAD.

Sin más, saludo a Uds. atte.

Firma del Padre, Madre o Tutor: _____

Aclaración:_____

DNI:_____

Formulario Nº 08 – Presupuesto transporte

MODELO DE NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR / BAJA DE PRESTADOR

Fecha: _____ /_____ /_____

Señores (Obra Social) Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año _____.

Afiliado_____ DNI: _____

Período solicitado: _____ hasta_____

Compañía de Seguro: _____ Póliza N°_____

Total km mensuales_____Valor del km_____Monto mensual_____

Especificar con una X en caso de corresponder: ☐ Incluye dependencia

Diagrama de traslados:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslados (marcar con una cruz los días de traslado)

VIAJE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1						
2						
3						

Prestador (Razón social): _____

CUIT: _____Teléfono: _____

Mail: _____ Domicilio: _____

_____ _____

Firma y sello del Prestador Aclaración / DNI

Formulario Nº 09 – Alta de proveedores

DATOS INSTITUCIONALES

Razón social: _____

Domicilio

Calle_____ N°_____ Piso_____Dpto_____

Localidad_____

CP:_____ Provincia: _____

Teléfono:_____

Dirección de correo electrónico: _____

N° de inscripción en la SSSalud: _____

DATOS IMPOSITIVOS

CUIT:_____

Razón social:_____

Condición respecto del IVA: ☐ Exento ☐ Inscripto ☐ Monotributo

Condición respecto de Ganancias: ☐ Exento ☐ No exento

Condición respecto a Ingresos Brutos: ☐ Local ☐ Convenio multilateral

☐ Régimen simplificado ☐ Exento

N° de Inscripción en Ingresos Brutos:

(*) En caso de poseer exenciones adjuntar documentación respaldatoria.

Médico: ☐ No ☐ Si Matric. N°_____ Matriculado en: ☐ Bs As ☐ Otra

Tipo de Prestación: ☐ Turismo ☐ Centro médico ☐ Otro ☐ Discapacidad

Especificar _____

DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE PAGOS / TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA*

Denominación de la cuenta:_____

CUIT del titular de la cuenta:_____

Cheque a nombre de:_____

Banco con el que opera:_____

N° de Sucursal del Banco:_____

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta Corriente ☐ Caja de Ahorro

N° de Cuenta:_____

CBU de la Cuenta:_____

E-mail institucional para avisos de pagos:_____

*Adjuntar constancia de CBU

_____ _____

Firma Aclaración

*Favor de completar todos los datos. Ante cualquier consulta,
altaproveedores@osdepym.com.ar

Descripción de las prestaciones

TERAPIAS DE REHABILITACIÓN reconocidas por la Obra Social:

- **Fonoaudiología**
- **Psicología**
- **Psicopedagogía**
- **Terapia Ocupacional**
- **Musicoterapia**
- **Psicomotricidad**
- **Kinesiología**

Prestaciones de apoyo / terapias individuales

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.

Esta prestación se recomienda realizarla en los centros de rehabilitación que trabajan interdisciplinariamente categorizados para estos fines en el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS).

Módulo Rehabilitación Integral Simple o Intensivo - Sólo Centros Categorizados Rehabilitación Nivel 1 - por la SENADIS.

Módulo Integral Simple o Intensivo:

Simple: Comprende la atención de más de dos especialidades, combinado entre 2 a 4 sesiones por semana brindadas.

Intensivo: Comprende la atención de más de dos especialidades, combinado más 5 sesiones por semana brindadas.

Módulo Rehabilitación Integral Simple o Intensivo - Sólo Centros Categorizados Rehabilitación Nivel 1 - por la SENADIS”

Módulo de Estimulación Temprana - Sólo Centros Categorizados Estimulación Temprana- por SENADIS

Es la prestación de entrada al sistema donde el niño es estimulado de manera integral según sus propias necesidades. Es un proceso terapéutico - educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a bebés y niños pequeños de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años. Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en la Superintendencia de Servicios de Salud para tal fin.

Descripción de las prestaciones

Apoyo a la integración escolar y equipo (sólo para centros categorizados por la SENADIS)

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. Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo.
El equipo de apoyo técnico especializado deberá articular y coordinar su accionar, con el equipo docente, profesional de la escuela común donde el niño concurra y contar con los recursos materiales específicos necesarios.
La cobertura de la integración escolar se otorga a partir de los 4 años de edad.
El servicio deberá brindarse por módulo como mínimo 32 horas mensuales. En todos los casos, la Cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional.
Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en SENADIS para tal fin Modulo Integración Escolar - Equipo.

Módulo Maestro de apoyo o Maestra de apoyo por hora

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común, EXCLUSIVAMENTE por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES.
Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente).
El módulo de Maestro/a de Apoyo implica una carga horaria de 20hs semanales como mínimo. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

Centro Educativo Terapéutico (sólo para centros categorizados por la SENADIS)

Se entiende por Centro Educativo Terapéutico a aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. La cobertura se brinda hasta 24 años de edad.
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.

Educación Especial Nivel Inicial – Nivel EGB (sólo centros categorizados por la SENADIS) NIVEL INICIAL

Proceso educativo especial correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 4 y los 6 años de edad aproximadamente, de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello. Escuelas categorizadas para brindar esta prestación.

NIVEL 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.

Formación Laboral o Aprestamiento Laboral (sólo para centros categorizados por la SENADIS)

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.
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.

Centro de Día (Sólo en centros categorizados por la SENADIS)

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de auto valimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

Hogar Permanente / Hogar con CET / Hogar con centro de día, etc. (sólo en centros categorizados por la SENADIS)

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.
Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de auto valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

OBSERVACIÓN: Se deberá adjuntar un Informe Social elaborado por Lic. En Trabajo Social que no pertenezca a la Institución. El mismo deberá justificar la imposibilidad de continencia familiar. Este informe lo realizará nuestro equipo interdisciplinario.

Transporte (sólo en prestadores habilitados)

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. La Solicitud de Transporte debe ser fundamentada adecuadamente por nuestro Equipo Interdisciplinario, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público.

Ley 24.901 ARTICULO 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 fuere necesario.

Importante tener en cuenta que el acceso a la cobertura de las prestaciones se dará de acuerdo a la zona de residencia.

GUÍA DE FACTURACIÓN PARA LOS PRESTADORES AUTORIZADOS POR EL SECTOR DE DISCAPACIDAD.

Estimado prestador:

Le informamos que el único medio de pago habilitado para prestaciones de discapacidad es mediante transferencia bancaria.

Los tiempos estipulados de pago son definidos por la SSSALUD mediante MECANISMO INTEGRACIÓN, según resolución Ministerial De la Superintendencia de Servicios de Salud N°406/16 decreto 904/16., los mismos estiman un plazo de 60 días desde la fecha de facturación.

Los prestadores, sin excepción, deberán presentar anualmente, junto con la documentación de solicitud prestacional, el formulario de ALTA DE PROVEEDORES (Formulario Nº 9) completo.

La no presentación no habilitará el pago de las prestaciones.

En cumplimiento de la Res.1415 ARCA y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, las facturas de aquellos prestadores que no estén debidamente registrados en ARCA, quedarán retenidas y no se emitirán pagos hasta su regularización.

Para realizar consultas sobre facturación y/o inconvenientes de carga: Indicar en el asunto CUIT DEL PRESTADOR y DNI del afiliado: **prestadoresdiscapacidad@osdepym.com.ar**

Para solicitar información sobre PAGOS: Citar CUIT y Nº de facturas FACTURAS OSDEPYM pagos@osdepym.com.ar

FACTURAS OSTVLA **ostvla-pagos@osdepym.com.ar**

FACTURAS OSDE: Con respecto al pago de las facturas se debe consultar directamente con OSDE, gestionando usuario y contraseña a través del LINK que se detalla. **https://docs.google.-com/presentation/d/1v18tRKEepjZykwrYB7eMu2-d8NiSx9jp/edit#slide=id.p7**

Para obtener usuario y contraseña se debe enviar un mail a:

ctasapagar-integracion@osde.com.ar

Asunto del mail OSDEPYM - CUIT DEL PRESTADOR/A XX-XXXXXXXX-X (+ la referencia del caso. ej. "Blanqueo de clave")

Ante cualquier duda comunicarse al 0810-666-6733 (OSDE)

Contenidos de facturación

Las facturas deben confeccionarse a nombre de la Obra Social a la cual pertenezca el afiliado. Consultar en qué Obra Social se encuentra según Padrón de la SSS mediante el siguiente Link: **https://www.sssalud.gob.ar/index.php?user=GRAL&page=bus650**

Deben especificar de forma clara y precisa:

- Obra social con su número de CUIT;
- Nombre, apellido y DNI de quien recibe la prestación;
- Tipo de prestación, sesiones mensuales brindadas, período facturado.

En caso de que la prestación brindada sea de transporte, la factura, además de los datos mencionados anteriormente, debe indicar:

- Domicilio de origen y destino;
- Motivo del viaje;
- Cantidad de km diarios recorridos (Ida y Vuelta);
- Cantidad de km y viajes mensuales;
- Valor unitario del km;
- Valor mensual por los km recorridos.

Es de condición obligatoria

- La presentación de la planilla de asistencia adjunta a cada factura
- El recibo x luego de recibir el pago de cada factura se debe enviar a **recibos@osdepym.com.ar**

IMPORTANTE: DATOS PARA LA FACTURACIÓN

“Las prestaciones de Discapacidad no incluyen IVA”

OSDEPYM:

CUIT: 30-58666171-6, Condición IVA Responsable Inscripto.
Domicilio: Reconquista 458 2° Piso, CABA.
Todas Las facturas deben ser Facturas A, C, M o Recibo A, C, M.
F. CRÉDITO ELECTRÓNICA A, C. sin excepción.

OSTVLA:

CUIT: 30-62495794-2, Condición IVA Exento.
Domicilio: Víctor Hugo 369, CABA.
Todas Las facturas deben ser Facturas B, C, M o Recibo B, C, M
F. CRÉDITO ELECTRÓNICA B. sin excepción.

OSDE:

CUIT: 30-54674125-3, Condición IVA Responsable Inscripto.
Domicilio: AV. Alem Leandro N° 1067 Piso 9.
Todas Las facturas deben ser Facturas A, C, M o Recibo A, C, M.
F. CRÉDITO ELECTRÓNICA A, C. sin excepción.

OSOCNA:

CUIT: 30-67787023-7, Condición IVA Responsable Inscripto.
Condición de Venta: Contado. Razón Social: OBRA SOCIAL DE COMISARIOS NAVALES. Domicilio: Estados Unidos 867, CABA.
Todas Las facturas deben ser Facturas A, C, M o Recibo A, C, M.
F. CRÉDITO ELECTRÓNICA A, C. sin excepción.

OSPAÑA:

CUIT: 30-71012269-1, Condición IVA Exento.
Domicilio: Venezuela 1146, CABA.
Todas Las facturas deben ser Facturas B, C, M o Recibo B, C, M
F. CRÉDITO ELECTRÓNICA B. sin excepción.

OSFATUN:

CUIT: 30-68333676-5, Condición IVA Responsable Inscripto.
Domicilio: Yrigoyen Hipólito 3656, CABA.
Todas Las facturas deben ser Facturas A, C, M o Recibo A, C, M
F. CRÉDITO ELECTRÓNICA A. sin excepción

Información sobre facturación

ATENCIÓN:

Estimados/as prestadores

- Todo prestador deberá cargar su factura junto a la Planilla de Asistencia (se adjunta modelo), del 01 al 10 de cada mes, a través de nuestra página web **www.osdepym.com.ar.**
- Con su usuario, puede cargarlas ingresando en este link INGRESE AQUÍ. **http://www.osdepym.com.ar/facturas-web/discapacidad/facturas.action**
- Si se encuentra ya registrado, debe ingresar con su usuario (CUIT) y contraseña (los últimos cuatro dígitos del cuit).
- Si por algún motivo no puede loguearse, no se encuentra de Alta en la OOSS o se registró con otro correo electrónico, debe enviar un correo a prestadoresdiscapacidad@osdepym.com.ar y esperar respuesta.
- Si cambió la contraseña y no lo recuerda, deberá resetear la clave ingresando en este LINK **http://www.osdepym.com.ar/facturas-web/discapacidad/forget.action**
- Cabe aclarar que no se reciben facturas por correo electrónico.
- Aquellas facturas cargadas fuera del plazo de Mecanismo de Integración serán anuladas, por estar vencidas y la SSSALUD no las abona.

  (https://www.google.com/search?q=Resoluci%C3%B3n+1743%2F2024&oq=Resoluci%C3%B3n+1743%2F2024&aqs=chrome..69i57j33i160l4.1499j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- No se procesarán facturas manuales cuyo CAI no tenga la validación on line de la página de AFIP. Asimismo, las facturas manuales sin CAI, deberán tener adjunta la constancia del régimen informativo de comprobante en existencia.
- Los recibos de pagos deben especificar las retenciones efectuadas, débitos o créditos y tipo de pago (si es cheque número y banco).
- Los recibos X, deben enviarse a: **recibos@osdepym.com.ar**

Ejemplo de Factura

ORIGINAL

C
COD. 011

FACTURA

Punto de Venta: 00002 Comp. Nro: 0000
Fecha de Emisión: 06/09/2021

Razón Social: XXXX
Domicilio Comercial: XXXX
Condición frente al IVA: Responsable Monotributo

CUIT: XXXX
Ingresos Brutos: XXXX
Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2000

Período Facturado Desde: 01/08/2021 Hasta: 31/08/2021 Fecha de Vto. para el pago: 07/09/2021

CUIT: XXXX
Apellido y Nombre / Razón Social: XXXXXXXXXX
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento
Domicilio: XXXX
Condición de venta: Otra

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Honorarios profesionales correspondientes a la prestación Kinesiología para discapacidad a la paciente DNI en el mes de Agosto 2021.	12,30	unidades	XXXX	0,00	0,00	XXXX

Subtotal: $ XXXX
Importe Otros Tributos: $ 0,00
Importe Total: $ XXXX

Pág. 1/1

CAE N°:
Fecha de Vto. de CAE: 16/09/2021

AFIP
Comprobante Autorizado

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación

Planillas de asistencia

Documentación complementaria y obligatoria para la aprobación de las facturas a presentar.
No se podrá dar curso a la factura sin Planilla de Asistencias firmada por ambas partes.

Planilla de asistencia - Sesiones en consultorio y/o domicilio con profesionales independientes

Nombre y Apellido del Paciente:

MES:

Fecha (día, mes y año)	Horario (desde/hasta)	Domicilio donde se realiza lapráctica profesional	Firma y sello del Profesional actuante	Especialidad	Traslado		Firma del padre, madre, tutor, encargado, etc.	Aclaración de firma
					¿Quién llevó al paciente?	¿Quién lo retiró?		

Control de asistencia a Instituciones (Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Escuelas, Centros de Rehabilitación, etc.)

Nombre y Apellido del Paciente:

Fecha (día, mes y año)	Horario (desde/hasta)	Nombre de la Institución, categoría, tipo de prestación, etc.	Domicilio donde se realiza la práctica profesional	Firma y sello de la Autoridad de la Institución	Traslado		Firma del padre, madre, tutor, encargado, etc.	Aclaración de firma
					¿Quién llevó al paciente?	¿Quién lo retiró?		

OSDEPYM TE ESTAMOS CUIDANDO

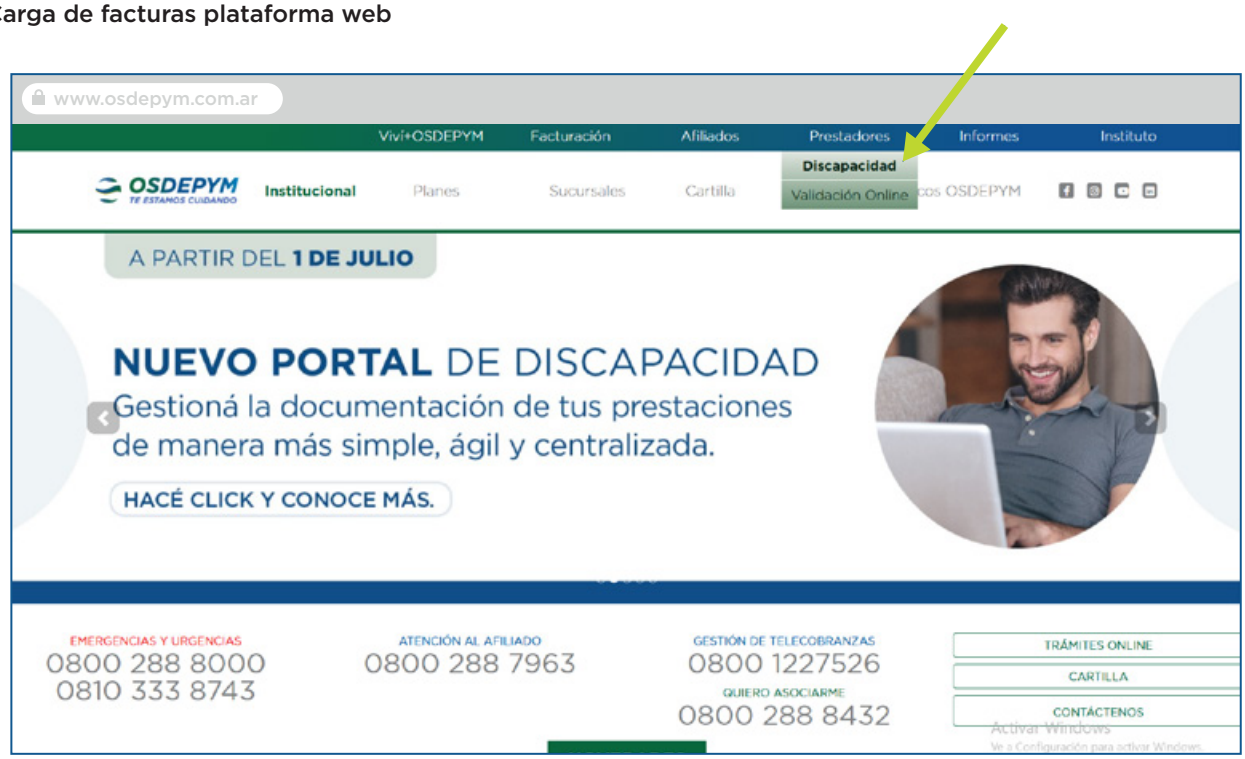
MODELO DE PLANILLAS DE ASISTENCIA – ANEXO IX

PLANILLA DE RECORRIDO PARA LA PRESTACION DE :				
NOMBRE Y APELLIDO:				
O. SOCIAL : Nro:				
APELLIDO Y NOMBRE DEL TRANSPORTISTA:				
DIRECCIÓN	DE:			
	HASTA:			
MES Y AÑO:				
FECHA Y DÍA	HORARIO IDA	HORARIO REGRESO	FIRMA TRANSPORTISTA	FIRMA BENEFICIARIO

OSDEPYM - Reconquista 458 2do. Piso de Lunes a Viernes 9.00 a 18.00 Tel: 5288-5600
discapacidad@osdepym.com.ar

Manual de usuario plataforma de prestadores de discapacidad

Carga de facturas plataforma web



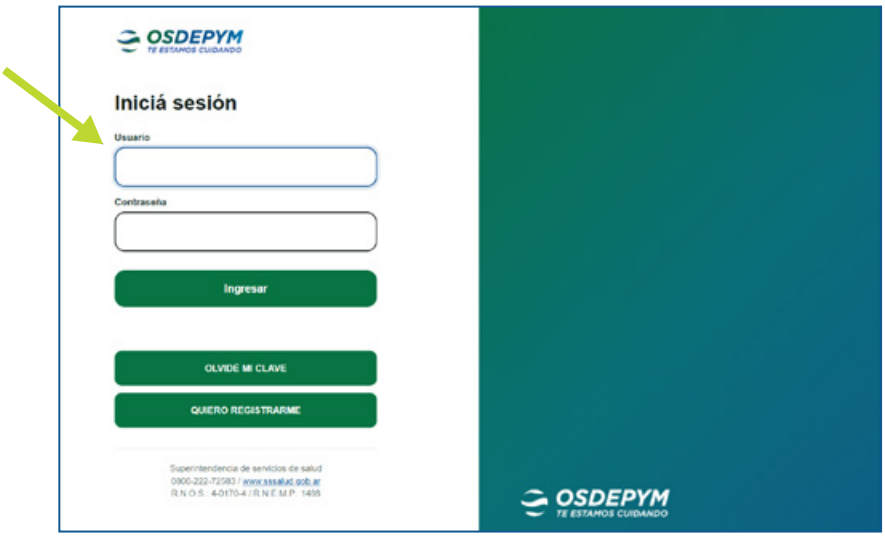
1 INGRESO AL PORTAL

- Ingresar al sitio **www.osdepym.com.ar**
- Desplegar el menú “Prestadores”
- Hacer clic en la opción Discapacidad para acceder a la pantalla de inicio de sección (login):

2 LOGIN

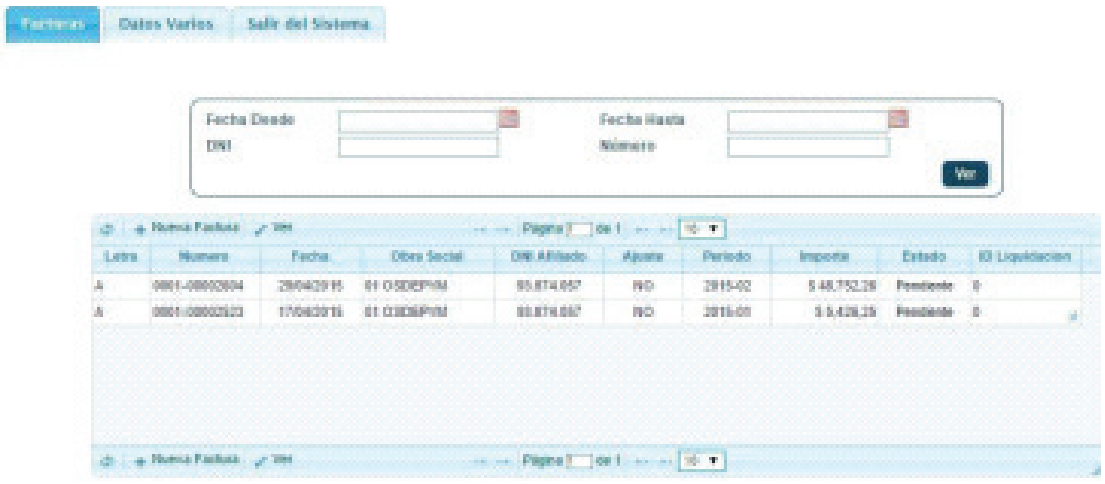
El usuario es el CUIT/CUIL del prestador y la contraseña es la provista por OSDEPYM, aunque luego puede ser cambiada desde la opción “Datos Varios”.

USUARIO: CUIT sin guiones Clave: últimos 4 dígitos del CUIT (si aún no la ha cambiado) **IMPORTANTE: Si usted ya posee usuario de factura electrónica, debe usar los datos de ese mismo sistema. Ambos sistemas comparten los datos de clave y correo.**



3 PANTALLA PRINCIPAL DE FACTURAS

En la pantalla principal, solapa “Facturas”, se muestran las facturas previamente cargadas ordenadas de manera descendente.



Para cada una se visualiza:

- Letra
- Número
- Fecha de Emisión
- Obra Social
- DNI Afiliado
- Período
- Si es un Ajuste
- Importe Total
- Estado
- Número de Liquidación

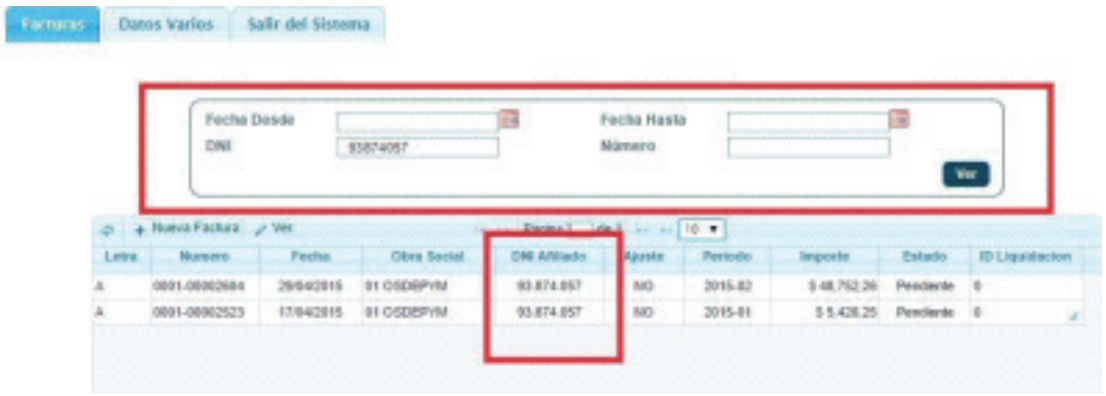
Los estados posibles son:

- Pendiente: Aquellas que pueden ser modificadas
- Aprobada: Aprobada por la obra social
- Retenida: Retenida por la obra social
- Anulada: Anulada por el prestador

4 BÚSQUEDA DE FACTURAS

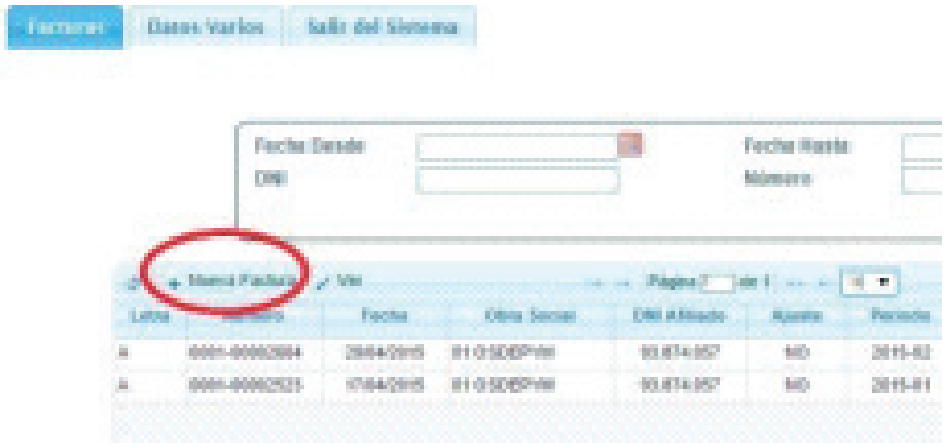
Se pueden consultar las facturas que ya fueron cargadas utilizando los filtros de:
- Rango de fechas
- DNI
- Número de comprobante

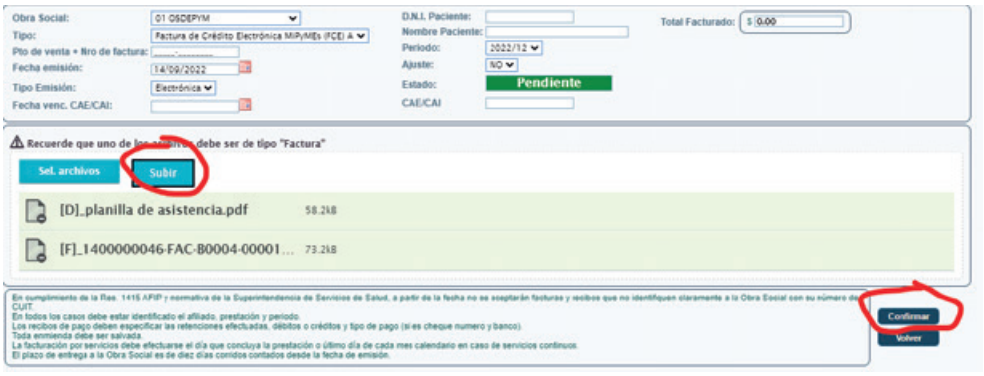
La siguiente pantalla muestra un ejemplo de búsqueda por DNI.
Solo se filtra por aquellos campos que contienen un valor:



5 INGRESO DE NUEVA FACTURA Y DATOS IMPORTANTES

Ingresar a la solapa “Facturas”
Presionar en la opción “Nueva factura”
Ingresar los datos de la factura
A. Obra Social: OSDEPYM - OSTVLA
B. Letra del comprobante
C. Número completo del comprobante (13 Dígitos) Ejemplo: 0000100001234
D. Fecha de Emisión
E. Fecha de Vencimiento
F. Total Facturado
G. DNI del paciente
H. Período Facturado
I. Ajuste SÍ / NO (ver facturas de ajuste)
J. Seleccionar los archivos obligatorios (F: Factura y D: Documentación respaldatoria) Adjuntar
H. Subir los archivos
J. Presionar el botón Confirmar para finalizar carga

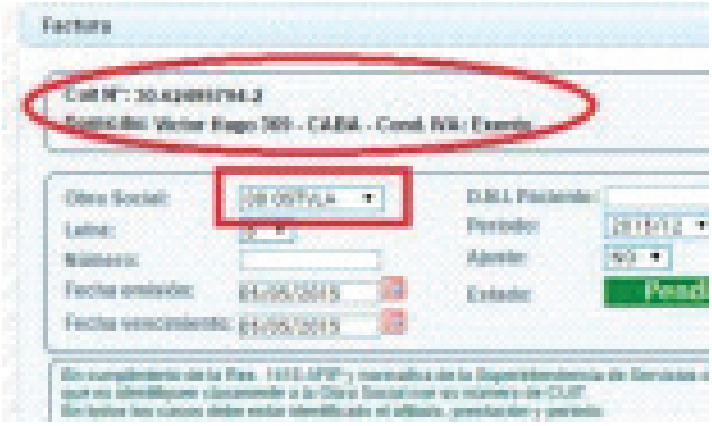




Datos de la Obra Social

Al seleccionar la obra social, el sistema muestra los datos de la misma:

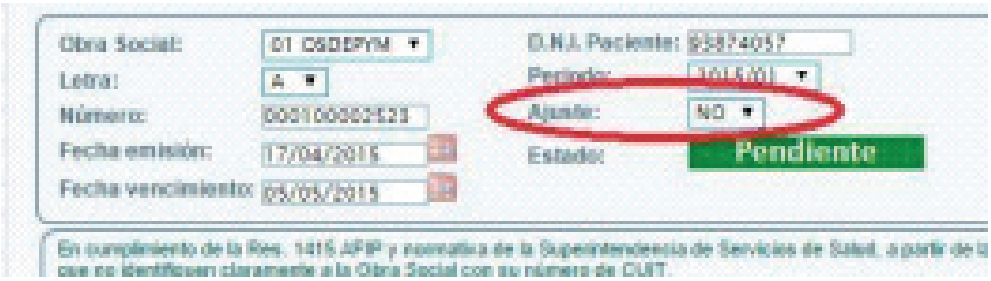
- CUIT
- Domicilio
- Condición de IVA



Estos datos deben coincidir con la factura del prestador, de lo contrario la misma será luego retenida por tener un dato incorrecto.

Facturas de ajuste

Tener en cuenta que el sistema no permite ingresar para un mismo paciente y mismo período dos facturas, salvo que para la segunda se indique la opción de ajuste en “SI”.

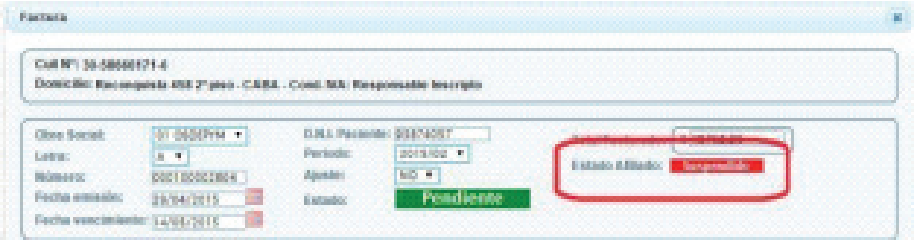


Estado del afiliado

Si el afiliado se encuentra suspendido por falta de pago o cuestiones afiliatorias, el sistema lo muestra de la siguiente manera.

Favor de contactarse con el área comercial de los sectores correspondientes, con la tutoría del afiliado/titular, a fin de regularizar la situación afiliatoria.

pagomonotributo@osdepym.com.ar; comercial@osdepym.com.ar



Visualización, modificación o anulación de una factura existente

Para visualizar los datos de una factura, ya sea para cambiar un valor que estaba mal cargado, para anular una factura mal cargada o para ver porque fue retenida, se debe seleccionar la factura de la grilla y luego presionar en el botón “Ver”.

Para modificar o anular comprobantes, los mismos deben estar en estado pendiente.

De lo contrario, deberá realizar una nueva carga ya que la misma no será editable. Ej. Olvidó subir planilla asistencia, deberá realizar nueva carga.



Facturas pendientes

Al visualizar una factura pendiente, las opciones posibles son:

• Modificar los datos y confirmar

• Anularla



Facturas Retenidas /Notificaciones emergentes prestadores

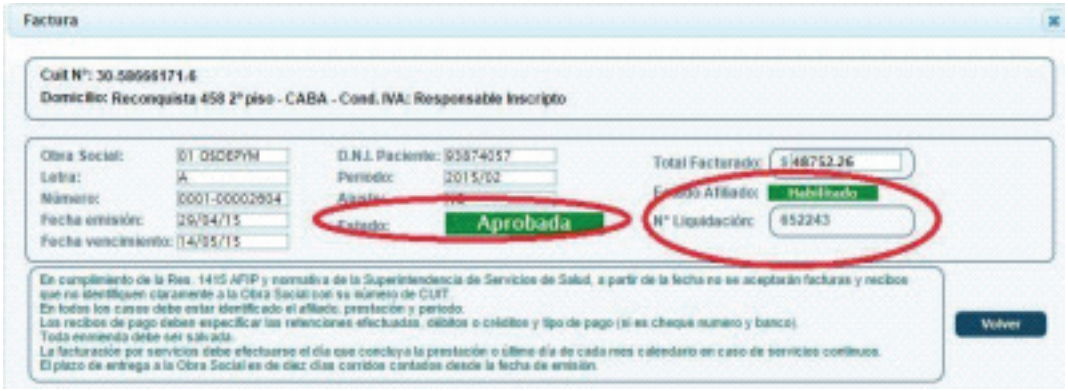
Para aquellas facturas que no fueron aprobadas por la obra social y que figuran como retenidas, se puede visualizar cuál es el problema de las mismas.

Además, hay una ventana de Notificaciones para corroborar cuando se retienen por motivos causales, las cuales pasados dicho período de carga vencido, no podrán ser procesadas, ya que fueron debidamente notificados de las mismas.



Facturas aprobadas

Las facturas aprobadas muestran el número de liquidación y no pueden ser modificadas.



6 CAMBIO DE CONTRASEÑA

Desde la opción de datos varios se puede cambiar la contraseña actual. Si cambió la contraseña y no la recuerda, deberá resetear la clave ingresando en este **LINK**.



OSDEPYM

TE ESTAMOS CUIDANDO

WWW.OSDEPYM.COM.AR

EMERGENCIAS 0800-288-8000