

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



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 N° 01 - Datos personales	24
Formulario N° 02 - Consentimiento	25
Formulario N° 03 - Consentimiento transporte	26
Formulario N° 04 - Nota de cambio / baja	27
Formulario N° 05 - Acta acuerdo	28
Formulario N° 06 - Presupuesto	29
Formulario N° 07 - Declaración jurada	30
Formulario N° 08 - Presupuesto transporte	31
Formulario N° 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 2026. 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 o en período de prórroga aprobada por Res. vigente de ANDIS.
- 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 ANDIS (Cartilla de prestadores de OSDEPYM).
- Reunir y enviar la documentación completa por correo electrónico a discapacidad@osdepym.com.ar o sólo para personas que residen en el interior del país a interiordiscapacidad@osdepym.com.ar.
- Esperar la autorización: recibirá la confirmación por mail una vez revisada y autorizada la documentación.
- Con la autorización, podrán comenzar las prestaciones y los prestadores podrán facturar.

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.

¿A dónde debo enviar la documentación requerida?

La documentación del manual deberá enviarse al área a discapacidad@osdepym.com.ar y/o interiordiscapacidad@osdepym.com.ar (persona residente en el interior del país) detallando en el asunto NOMBRE, APELLIDO y DNI del afiliado con CUD por el cual se gestiona el envío. Se solicita además, si existe más de una prestación, enviar un mail por cada una detallando el nombre de la prestación.

Ej.: Juan Gómez DNI 11.111.111 – FONOAUDIOLOGÍA

¿En qué formato se aceptará la documentación?

Sólo se acepta formato PDF o JPG hasta 25 MB (Megabytes). No se permite el envío de links de drive, OneDrive, Icloud, etc. Debido a requerimientos de seguridad informática.

¿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 mínimo de 30 días desde recibida la documentación vía email. Una vez finalizada la gestión, se informarán los faltantes o la propia autorización por sistema automático por medio de un email.

¿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 Servicio Nacional de Rehabilitación (ANDIS).
- ▶ 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 ANDIS.
- ▶ 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

Enviar la documentación especificada en el Manual de Acceso 2025 para su análisis y posterior autorización.

PASO 3

Una vez completa la documentación llegará un mail al titular y a los prestadores con la autorización para comenzar.

PASO 4

El prestador puede comenzar a cargar las facturas en la plataforma web de la obra social para ser ingresadas al Mecanismo de Integración.

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 2026

DEL BENEFICIARIO:

¿QUÉ TENGO QUE HACER?

¿CÓMO LO HAGO?

CERTIFICADO
DE DISCAPACIDAD VIGENTE

Presentar el certificado
de discapacidad o la prórroga.

ENTREVISTA
CON EL EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO

La entrevista la debe solicitar la familia, con previa autorización de la OS, los medios de contacto del equipo los encontrará en este instructivo. En la entrevista los médicos le darán el esquema terapéutico.

BÚSQUEDA DE
PROFESIONALES

Contamos con una cartilla de prestadores categorizados para brindar prestaciones.
En caso de los profesionales sean presentados por la familia, deben cumplir con los requisitos que solicita la Superintendencia, los mismos los encuentra en este instructivo detallado por prestaciones. Todo debe coincidir con el esquema terapéutico brindado por el equipo.

ENTREGA DE
DOCUMENTACIÓN

Toda documentación es entregada vía mail a la casilla de **discapacidad@osdepym.com.ar** y/o **interiordiscapacidad@osdepym.com.ar**
IMPORTANTE!!! Hay documentación personal del beneficiario y documentación por prestación a realizar.
IMPORTANTE!!! Revisar bien toda la documentación antes de enviarla, verificar que los formularios estén completos y con las firmas correspondientes.

AUTORIZACIONES
DE LAS PRESTACIONES

Una vez que enviaron la documentación por mail les va a llegar una respuesta por el mismo medio. Si la documentación enviada estaba completa les llegará la autorización, de lo contrario se les reclamarán los faltantes.
IMPORTANTE!!! Para evitar demoras en la autorización la documentación presentada en una primera instancia debe estar completa, de esta forma evitamos reclamar faltantes y agilizamos el proceso de autorización.

Detalle para la solicitud de prestaciones 2025

DEL PRESTADOR:

¿QUÉ TENGO QUE HACER?

SOLICITARLE A LA FAMILIA EL ESQUEMA TERAPÉUTICO BRINDADO POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN LA ENTREVISTA.

¿CÓMO LO HAGO?

Recuerden que solo se autorizaran las prestaciones y la cantidad de sesiones que indique nuestro equipo interdisciplinario.

DOCUMENTACIÓN

Deben presentar toda la documentación que se detalla en este instructivo. Sin excepción ninguna.

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

La documentación puede ser enviada por el profesional o por la familia, siempre aclarando en el asunto nombre y DNI del beneficiario. Si lo envía el profesional no olvidarse de verificar que este la documentación personal y formularios que completa la familia (por ejemplo el consentimiento).

AUTORIZACIÓN

La autorización les llega por mail, 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. En este instructivo encontrará un manual del procedimiento y el mail correspondiente al cual comunicarse por facturación.

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 escaneada, por medios digitales”.

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser enviado a la Obra Social OSDEPYM u OSTVLA por e-mail, al área de Discapacidad Casa Central.

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 N° 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.

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 2026 (en caso de asistir a institución educativa)
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo 2025 o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.

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 Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de AFIP del prestador .
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.

Profesionales individuales / Prestaciones de apoyo.

- Constancia de alumno regular 2026 (en caso de asistir a una institución educativa).
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el 2026 firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2025 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.

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.

Estimulación temprana

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

- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2025 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 Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS 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.

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 2026
- Acta de acuerdo firmada por la escuela, el prestador y la familia Formulario N° 05.
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2025 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 Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador.
- 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 y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador.
- 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 .

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 2026.
- Acta de acuerdo firmada por la escuela, el prestador y la familia Formulario N° 05.
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2025 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.

Centro educativo terapéutico

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

- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2025 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 Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS 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.

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 2026.
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2025 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 Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS 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.

Formación laboral

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

- Constancia de Alumno Regular 2026.
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2025 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 Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS 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.

Centro de día

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

- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2025 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 Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS 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.

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 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo 2025 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 Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS 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.

Transporte

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

- Constancia de alumno regular 2026 (En caso de asistir a institución educativa).
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia Formulario N° 03.
- Presupuesto 2026 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 Terapeuta ocupacional (excluyente).

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	<input type="text"/>
☐ Informe inicial (nuevo prestador)	☐ Categorización SNR
☐ Informe evolutivo (renovación)	☐ Título doble faz
☐ Plan de trabajo	☐ Constancia de AFIP
☐ 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 AFIP
☐ 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 QUIÉN PERTENECE):

MAIL:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

GRUPO FAMILIAR (INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y VÍNCULO):

OTROS:

Formulario nº 2**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AÑO 2026 - 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 () N° _____, 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 _____ 2026.

1. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ 2026.

1. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ 2026.

1. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde _____ hasta _____ 2026.

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 N° 03 – Consentimiento transporte**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSPORTE AÑO 2026 - DISCAPACIDAD**

Anexo según Res. 1743/24 SSS

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario con CUD:

Número de Afiliado o DNI:

Yo _____ con Documento Tipo () N° _____, doy mi conformidad

al diagrama de traslados por el período desde _____ Hasta _____ 2026.

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 N° 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 2026.

Observaciones:

Firma del Afiliado/Representante*:

*En caso de ser el representante, detallar parentesco

Aclaración:

DNI:

Formulario N° 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 _____

N° 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 N° _____
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

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 2026.

Afiliado _____ DNI: _____

Modalidad (virtual/presencial): _____

Período solicitado: _____ 2026 hasta _____ 2026.

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 N° 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 N° 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 2026.

Afiliado _____ DNI: _____

Período solicitado: _____ 2026 hasta _____ 2026.

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 N° 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 ☐ MonotributoCondición respecto de Ganancias: ☐ Exento ☐ No exentoCondición 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 ☐ OtraTipo 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 la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (ANDIS).

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

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

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

Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

Módulo de Estimulación Temprana - Sólo Centros Categorizados Estimulación Temprana- por la ANDIS

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.

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

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.

El servicio deberá brindarse por módulo como mínimo 32 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.

Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en ANDIS 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 ANDIS)

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.

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 ANDIS)

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. 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 ANDIS)

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 ANDIS)

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 ANDIS)

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.

**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 N° 9) completo. La no presentación no habilitará el pago de las prestaciones.

Link:

https://docs.google.com/document/d/1HmSvhy5Me-4hCMDFOoM-_L_dTjR5lly9/edit?usp=sharing&ouid=108088007143488389518&rtpof=true&sd=true

En cumplimiento de la Res.1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, las facturas de aquellos prestadores que no estén debidamente registrados en AFIP, 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 N° 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/1v18tRKEepjZykwYB7eMu2-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?b_publica=Acceso+P%C3%BAblico&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/cas/login?service=http://www.osdepym.com.ar/facturas-web/shiro-cas&main=/discapacidad/precargaFacturas.action&customViewParam=precargaFacturasPrestador>
- 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
- En caso de realizar enmiendas, deben ser salvadas de forma legible, firmada y sellada.

Ejemplo de Factura

ORIGINAL							
Razón Social: XXXX Domicilio Comercial: XXXX Condición frente al IVA: Responsable Monotributo				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; width: 40px; margin: 0 auto;"> C COD. 011 </div> <div style="margin-top: 10px;"> FACTURA Punto de Venta: 00002 Comp. Nro: 0000 Fecha de Emisión: 06/09/2021 CUIT: XXXX Ingresos Brutos: XXXX Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2006 </div>			
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: XXXXXXXXXXXXX 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.	12,00	unidades	XXXX	0,00	0,00	XXXX
Subtotal: \$							XXXX
Importe Otros Tributos: \$							0,00
Importe Total: \$							XXXX



Comprobante Autorizado

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

Pág. 1/1

CAE N°:

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

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.

[illegible]

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		Aclaración de firma
					¿Quién llevó al paciente?	¿Quién lo retiró?	

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



The screenshot shows the OSDEPYM website homepage. At the top, there is a navigation bar with the website address www.osdepym.com.ar and a menu with links: Facturación, Afiliados, Prestadores, Informes, and Instituto. Below this is a secondary navigation bar with the OSDEPYM logo, the word "Institucional", and links for Planes, Sucursales, Cartilla, and Centros Médicos OSDEPYM, along with social media icons. The main content area features a large banner with a woman using a tablet. The banner text reads: "En OSDEPYM, nuestra prioridad es cuidarte. Por eso, podés gestionar tus trámites sin moverte de tu casa." Below the banner is a yellow button that says "Ingresá y conocé los canales". At the bottom of the page, there are three columns of contact information: "EMERGENCIAS Y URGENCIAS" with numbers 0800 288 8000 and 0810 333 8743; "ATENCIÓN AL AFILIADO" with number 0800 288 7963; and "GESTIÓN DE TELECOBRANZAS" with number 0800 1227526 and "QUIERO ASOCIARME" with number 0800 288 8432. To the right of this information are three buttons: "TRÁMITES ONLINE", "CARTILLA", and "CONTÁCTENOS".

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”.

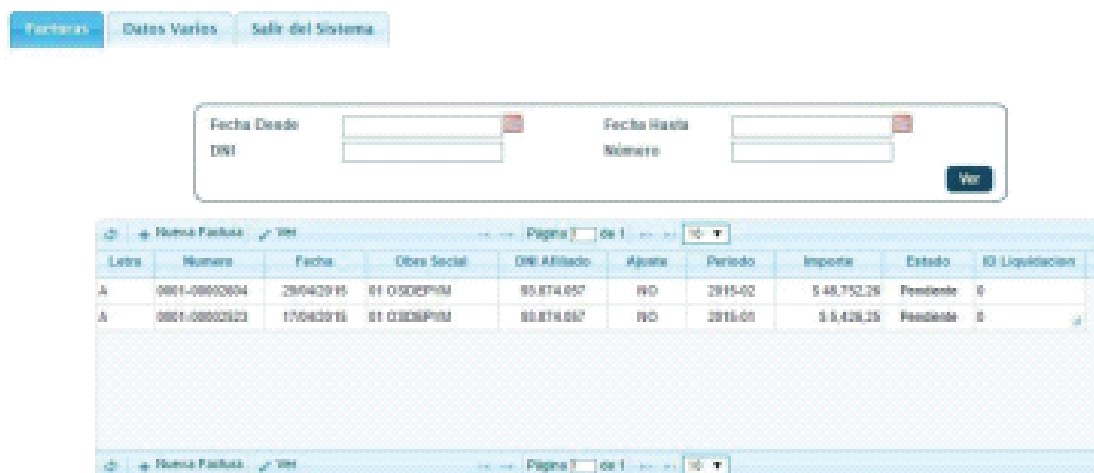
USUARIO: CUIT sin guiones Clave: últimos 4 dígitos del CUIT (si aún no la ha cambiado)

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.



Letra	Número	Fecha	Obras Sociales	DNI Afiliado	Aporte	Periodo	Importe	Estado	ID Liquidación
A	0001-00002004	29/04/2015	01 OSDEPYM	80.874.057	NO	2015-02	\$ 48.752,26	Pendiente	0
A	0001-00002003	17/04/2015	01 OSDEPYM	80.874.057	NO	2015-01	\$ 5.426,25	Pendiente	0

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:



Facturas Datos Varios Salir del Sistema

Fecha Desde Fecha Hasta
 DNI 93874057 Número

Ver

Letra	Número	Fecha	Obra Social	DNI Afiliado	Ajuste	Período	Importe	Estado	ID Liquidación
A.	0001-0002684	26/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.857	NO	2015-02	\$ 48.752,26	Pendiente	0
A.	0001-0002523	17/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.857	NO	2015-01	\$ 5.428,25	Pendiente	0

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

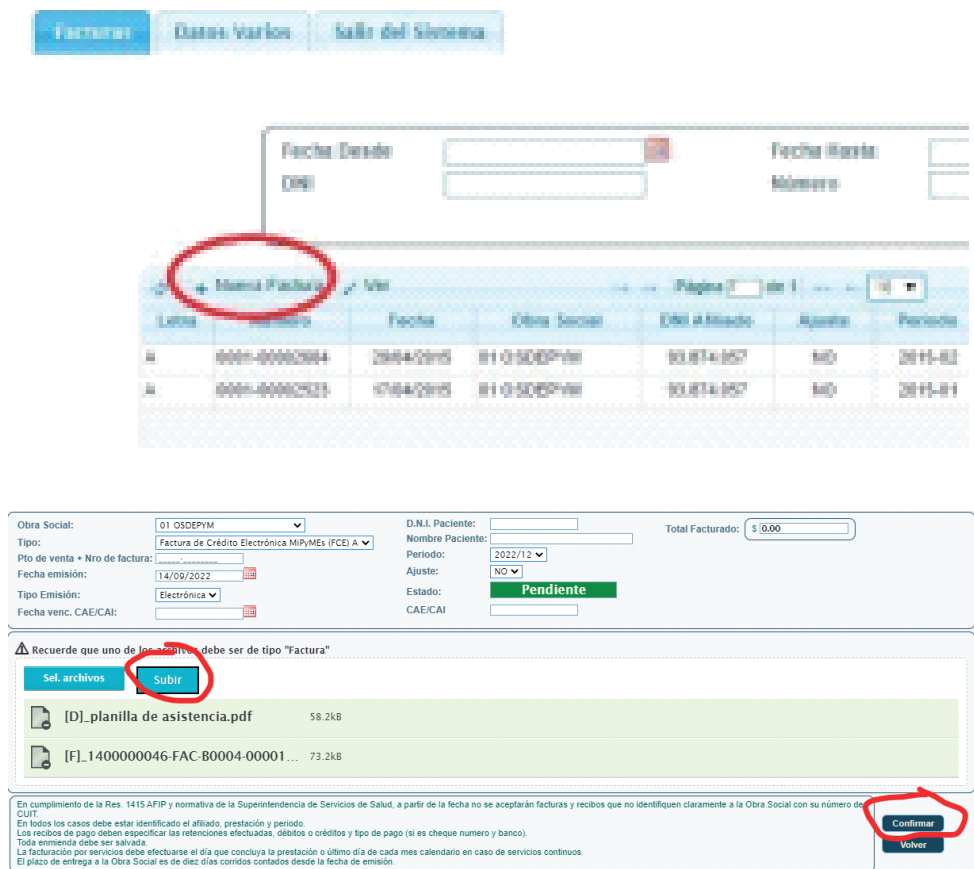
H. Período Facturado

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

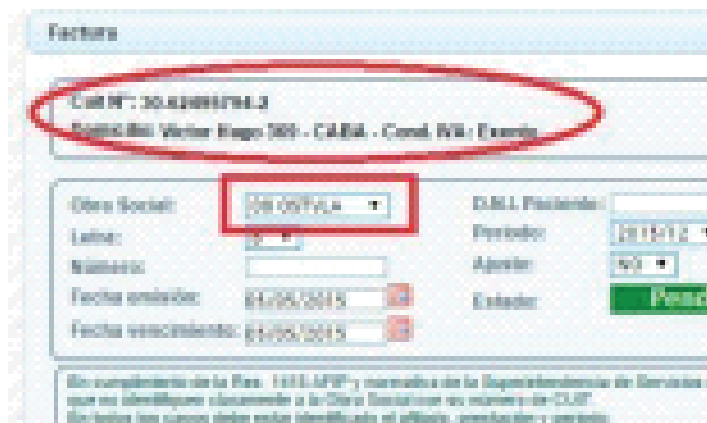


The screenshot shows the 'Facturas' (Invoices) section of the OSDEPYM system. At the top, there are navigation buttons: 'Facturas', 'Datos Varios', and 'Salir del Sistema'. Below this is a table of existing invoices. The 'Nueva Factura' button is highlighted with a red circle. Below the table, there is a form for entering a new invoice. The form includes fields for 'Obra Social' (selected as '01 OSDEPYM'), 'Tipo' (selected as 'Factura de Crédito Electrónica MIPYMES (FCE) A'), 'Pto de venta + Nro de factura', 'Fecha emisión' (14/09/2022), 'Tipo Emisión' (Electrónica), 'Fecha venc. CAE/CAI', 'D.N.I. Paciente', 'Nombre Paciente', 'Período' (2022/12), 'Ajuste' (NO), 'Estado' (Pendiente), and 'Total Facturado' (\$ 0.00). Below the form, there is a section for uploading files. It includes a warning message: 'Recuerde que uno de los archivos debe ser de tipo "Factura"'. There are two buttons: 'Sel. archivos' and 'Subir'. Below these buttons, there is a list of files: '[D]_planilla de asistencia.pdf' (58.2kB) and '[F]_1400000046-FAC-B0004-00001...' (73.2kB). At the bottom right, there is a 'Confirmar' button, which is highlighted with a red circle.

Datos de la Obra Social

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

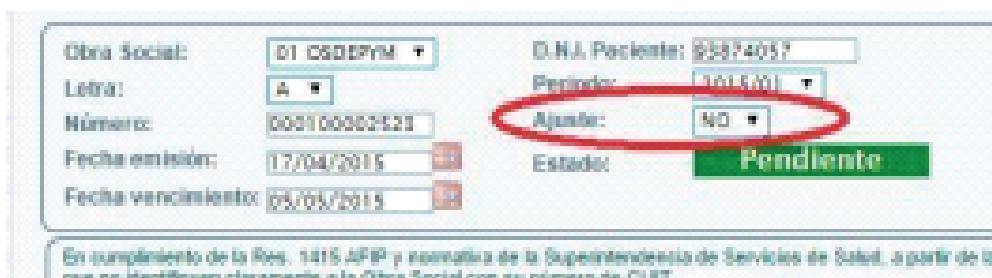
- CUIT
- Domicilio
- Condición de IVA



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”.

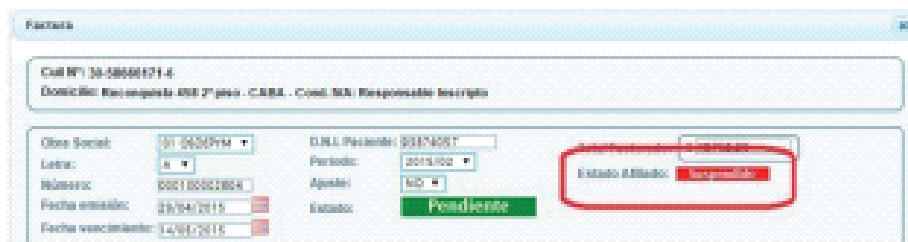


Estado del afiliado

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



Factura

CUIL N°: 30-5866171-6
Domicilio: Reconquista 456 2° piso - CABA - Cond. MA: Responsable Inscrito

Obra Social: 01 OSDEPYM
Letra: A
Número: 000100002523
Fecha emisión: 17/04/2015
Fecha vencimiento: 14/05/2015

D.N.I. Paciente: 93874057
Período: 2015-02
Ajuste: NO
Estado: Pendiente

Estado Afiliado: **Suspendido**

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.



Fecha Desde: Fecha Hasta:
DNI: Número: **Ver**

Letra	Número	Fecha	Obra Social	DNI Afiliado	Ajuste	Período	Importe	Estado	ID Liquidación
A	0001-00002684	29/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.057	NO	2015-02	\$ 48,752.26	Pendiente	0
A	0001-00002523	17/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.057	NO	2015-01	\$ 5,426.25	Pendiente	0

Facturas pendientes

Al visualizar una factura pendiente, las opciones posibles son:

- Modificar los datos y confirmar
- Anularla



Factura

CUIL N°: 30-5866171-6
Domicilio: Reconquista 456 2° piso - CABA - Cond. MA: Responsable Inscrito

Obra Social: 01 OSDEPYM
Letra: A
Número: 000100002523
Fecha emisión: 17/04/2015
Fecha vencimiento: 04/05/2015

D.N.I. Paciente: 93874057
Período: 2015-01
Ajuste: NO
Estado: Pendiente

Total Facturado: \$ 5,426.25
Estado Afiliado: **Regularizado**

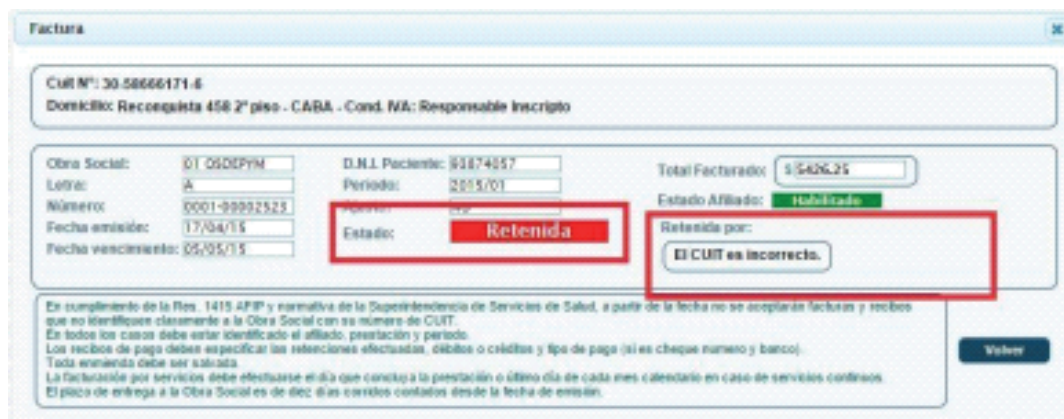
En cumplimiento de la Res. 1413 AFIP y resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud, a partir de la fecha no se aceptarán facturas y recibos que no indiquen claramente a la Obra Social con su número de CUIL.
En todos los casos debe estar identificado el afiliado, prestación y período.
Los recibos de pago deben especificar las retenciones efectuadas, créditos o créditos y tipo de pago (si es cheque número y banco).
Toda factura debe ser subscrita.
La facturación por servicios debe efectuarse el día que concluya la prestación o último día de cada mes calendario en caso de servicios continuos.
El plazo de entrega a la Obra Social es de diez días corridos contados desde la fecha de emisión.

Anular
Confirmar
Valor

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.



Factura

CUIT N°: 30.58666171-6
Domicilio: Reconquista 458 2° piso - CABA - Cond. IVA: Responsable Inscripto

Obra Social: 01 OSDEPYM
Letra: A
Número: 0001-00002323
Fecha emisión: 17/04/15
Fecha vencimiento: 05/05/15

D.N.I. Paciente: 93874057
Período: 2015/01
Total Factorador: \$5426.25
Estado Afiliado: **Habilitado**

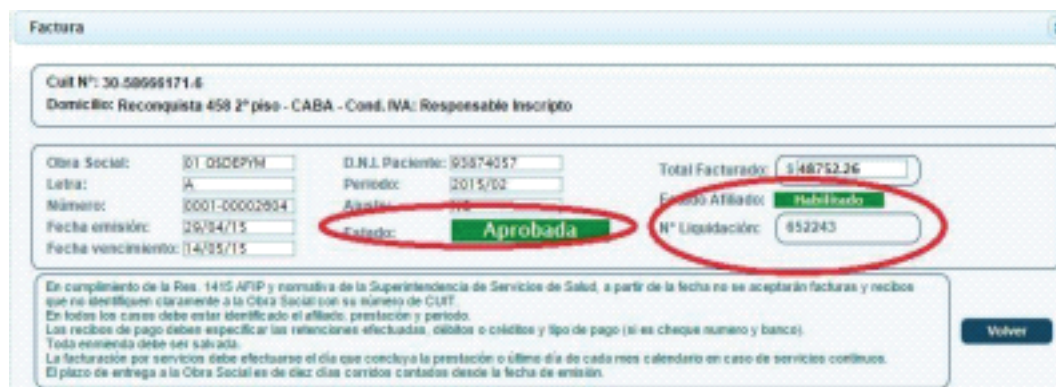
Estado: **Retenida**
Retenida por: **El CUIT es incorrecto.**

En cumplimiento de la Res. 1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, a partir de la fecha no se aceptarán facturas y recibos que no identifiquen claramente a la Obra Social con su número de CUIT.
En todos los casos debe estar identificado el afiliado, prestación y período.
Los recibos de pago deben especificar las retenciones efectuadas, débitos o créditos y tipo de pago (si es cheque número y banco).
Toda enmienda debe ser salvada.
La facturación por servicios debe efectuarse el día que concluye la prestación o último día de cada mes calendario en caso de servicios continuos.
El plazo de entrega a la Obra Social es de diez días corridos contados desde la fecha de emisión.

[Volver](#)

Facturas aprobadas

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



Factura

CUIT N°: 30.58666171-6
Domicilio: Reconquista 458 2° piso - CABA - Cond. IVA: Responsable Inscripto

Obra Social: 01 OSDEPYM
Letra: A
Número: 0001-00002804
Fecha emisión: 26/04/15
Fecha vencimiento: 14/05/15

D.N.I. Paciente: 93874057
Período: 2015/02
Total Factorador: \$48752.26
Estado Afiliado: **Habilitado**

Estado: **Aprobada**
N° Liquidación: 652243

En cumplimiento de la Res. 1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, a partir de la fecha no se aceptarán facturas y recibos que no identifiquen claramente a la Obra Social con su número de CUIT.
En todos los casos debe estar identificado el afiliado, prestación y período.
Los recibos de pago deben especificar las retenciones efectuadas, débitos o créditos y tipo de pago (si es cheque número y banco).
Toda enmienda debe ser salvada.
La facturación por servicios debe efectuarse el día que concluye la prestación o último día de cada mes calendario en caso de servicios continuos.
El plazo de entrega a la Obra Social es de diez días corridos contados desde la fecha de emisión.

[Volver](#)

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](#).



The screenshot shows a web interface for changing a password. At the top, there are three tabs: 'Facturas', 'Datos Varios' (which is highlighted with a red box), and 'Salir del Sistema'. Below the tabs, there are three input fields: 'Contraseña actual', 'Contraseña nueva', and 'Repita la contraseña nueva'. Below the first field is a blue button labeled 'Atrás'. Below the second and third fields is a blue button labeled 'Enviar'. At the bottom of the page, there is a footer with the text: 'Rosario 418 2º piso - Buenos Aires - Argentina - Tel: (011) 5285-5000'.

