

Manual de Procedimiento Instructivo para Beneficiarios

**Trámites 2027 Recepción a partir del día
1 de Octubre de 2026 al 30 de Abril 2027**

Los expedientes posteriores a esa fecha se autorizarán
por el período de ingreso a la DIRECCIÓN DE DISCAPACIDAD

Cronograma de Presentación:

- | | |
|--|---|
| 1. Inicio de Prestación Enero-27: | Presentación de expediente Octubre-26 |
| 2. Inicio de Prestación Febrero-27: | Presentación de expediente Noviembre-26 |
| 3. Inicio de Prestación Marzo-27: | Presentación de Expediente Diciembre-26 |
| 4. Los expedientes posteriores a esa fecha: | Se autorizarán por el período de ingreso
a la DIRECCIÓN DE DISCAPACIDAD |

Toda la documentación requerida por la DIRECCION DE DISCAPACIDAD de OSPLAD se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud y Ministerios de Salud de la Nación.

Dirección de Discapacidad
2027

Guía para Beneficiarios

- Para la gestión del Expediente por Discapacidad se encuentra a disposición la plataforma online **www.osplad.org.ar**

PROCEDIMIENTO

- 1. Reúna todos los documentos requeridos.**
- 2. Complete los formularios sin tachaduras ni enmiendas, utilizando tinta negra.**
- 3. Escanee y guarde toda la documentación en un solo archivo PDF.**
- 4. La documentación respaldatoria requerida, el beneficiario y/o familiar responsable/tutor deberá ser enviada CONTACTO: discapacidad@osplad.org.ar**

- Controle que los formularios requeridos estén confeccionados según las instrucciones que se detallan en el presente Manual de Procedimientos. No deben poseer tachaduras ni enmiendas.
- Sólo pueden iniciarse trámites por la Dirección de Discapacidad **beneficiarios mayores a un (1) año de edad**, ya que la cobertura hasta esa edad es a través de PMO.
- Las prestaciones serán cubiertas ÚNICAMENTE por el periodo de VALIDEZ DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.
- Todas las prestaciones autorizadas por la Obra Social, se encuentran sujetas a Auditoría de Terreno y evaluación permanente de las mismas, por parte del Equipo Interdisciplinario de OSPLAD.

Información importante sobre renovación de prestaciones

- Presenta la documentación de continuidad **antes de que venza el período autorizado.**
- **Presentación fuera de término:** La cobertura comenzará desde la fecha de recepción de los documentos. **No hay efecto retroactivo.**
- **Costos no cubiertos:** La Obra Social no reconocerá los períodos no autorizados por demoras en la entrega; esos costos serán asumidos por el afiliado o el prestador.

Cumplir estos plazos es indispensable para adecuarnos a las normativas obligatorias de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Prestaciones que NO tramita la Dirección de Discapacidad

- **Geriátricos (Casos de excepción):**
 - Dirección de Acción Social
 - Correo: servicio.social@osplad.org.ar
- **Trastornos de Alimentación / Drogadependencia:**
 - Dirección de Salud Mental
 - Correo: direccion.saludmental@osplad.org.ar
- **Medicamentos, Insumos, Pañales, Audífonos, Pilas y Procesadores de habla:**
 - Correo: expedientes@osplad.org.ar

- **Prestaciones de Media, Baja y Alta Complejidad / Estudios de Diagnóstico y Laboratorio y/o domicilio:**

- Correo: autorizaciones@osplad.org.ar

- **Internaciones Domiciliarias:**

- Correo: internaciones@osplad.org.ar

- **Reclamos de Pagos y Tramitación de Facturas**

Reclamos de pagos generales:

Por consultas o reclamos de pagos, deberán comunicarse con la Gerencia de administración.

RECLAMOS

whatsapp solo mensajes y audio:

+549116692-9622

Facturación de discapacidad:

facturaciones.discapacidad@gmail.com

Reintegros

reintegros@osplad.org.ar

Índice

● Objetivo	pág. 6
● Lineamientos Generales	pág. 6
● Alta Subsidio	pág. 6
● Alta, Modificación y Renovación de Prestaciones	pág. 7
● Apoyo a la Integración escolar y Maestro de Apoyo	pág. 7
● Terapias Ambulatorias	pág. 8
● Prestación de Apoyo	pág. 9
● Módulos de Atención Ambulatoria Otras	pág. 9
● Prestaciones (excluye Transporte)	pág. 10
● Hospital de Día	pág. 10
● Estimulación Temprana	pág. 10
● Educación Inicial / Pre-Primaria	pág. 11
● Educación General Básica / Primaria	pág. 11
● Formación Laboral	pág. 11
● Centro Educativo Terapéutico	pág. 11
● Centro de Día	pág. 11
● Hogares	pág. 12
● Internación en Rehabilitación	pág. 12
● Transporte	pág. 13
● Dependencia	pág. 15
● Seguimiento semestral	pág. 15
● Cambio de Prestador y/o de la situación del beneficiario	pág. 15
● Reclamo de documentación faltante, incompleta o incorrecta	pág. 16
● Ayudas Técnicas	pág. 16
● Formularios discapacidad:	
● Planilla de toma de Medidas Solicitud de Prestaciones	pág. 18
● Términos y condiciones para la Provisión de insumos y ayudas técnicas	pág. 19
● Planilla de Solicitud de Prestaciones	pág. 20
● Planilla de Conformidad Prestación de Discapacidad	pág. 21
● Presupuesto para Inicial- egb- Aprestamiento Laboral	pág. 22
● Formación Laboral- cet- Centro de Día- Hogares	
● Presupuesto de Prestaciones de Estimulación Temprana	pág. 23
● Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones	pág. 24
● Maestra de Apoyo	pág. 25
● Equipo de apoyo para la integración escolar	pág. 26
● Acta de Acuerdo Apoyo a la Integración Escolar	pág. 28
● Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad	pág. 29
● Solicitud de Anexo de transporte	pág. 30
● Formulario Declaración Jurada de Transporte	pág. 31
● Modelo de Plan de Trabajo Instituciones/ Profesionales	pág. 32
● Medida de Independencia Funcional - Año 2027 (FIM)	pág. 33
● Planilla de Datos Sociofamiliares	pág. 34
● Resumen de Historia Clínica	pág. 35
● Solicitud de Cambio de Prestador	pág. 36
● Modelo Nota de Solicitud de Abandono de Tratamiento	pág. 37
● Ficha del Prestador de Discapacidad	pág. 38
● Cronograma de Actividades - Discapacidad	pág. 39

Índice

● Modelos de indicaciones médicas:	
● Prestación de Apoyo (terapia única)	pág. 40
● Rehabilitación (interdisciplinaria, dos o más terapias)	pág. 40
● Maestro de Apoyo	pág. 40
● Módulo apoyo a la Integración escolar (EQUIPO)	pág. 41
● Transporte	pág. 41
● Prestaciones Educativas	pág. 41
● Estimulación Temprana	pág. 42
● Hogar Permanente con CD/CET con o sin dependencia	pág. 42
● Escuela Especial - Centro Educativo Terapéutico	pág. 42
● Formación Laboral - Aprestamiento Laboral	pág. 42
● Cómo presentar facturas	pág. 43
● Formularios para Facturación	pág. 44
● Planillas de Asistencia	
● Modelos de facturas	

1. OBJETIVO

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un subsidio por discapacidad.

2. LINEAMIENTOS GENERALES:

- Se emitirá autorización por Subsidio por Discapacidad en caso de solicitarse la cobertura de alguna de las modalidades comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
- La presentación debe realizarse con anterioridad al inicio de la prestación conforme a CRONOGRAMA. No se emitirán autorizaciones cuya retroactividad exceda los plazos de presentación habilitados por el proceso de INTEGRACIÓN.
- Toda modificación debe notificarse dentro de los 30 días posteriores de producida la misma.
- Sólo puede iniciarse trámite de Subsidio por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad.

Toda la documentación requerida para solicitar el alta de un Subsidio por Discapacidad debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, correcciones, y/o letra, en tinta NEGRA. La misma está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales.

3. ALTA SUBSIDIO:

Certificado de Discapacidad vigente

- El certificado debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3- Ley 22.431/87) y debe encontrarse vigente al momento de la solicitud.
- **NO será válida la gestión de Subsidio por Discapacidad sólo con la constancia del turno obtenido** para tramitar el Certificado de Discapacidad.
- En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, anexas copia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad, pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

Formulario DE SOLICITUD DE PRESTACIONES FORM 003:

- Información del Beneficiario completo en su totalidad por el beneficiario / familiar responsable / tutor.

Formulario de PLANILLA DE DATOS SOCIOFAMILIARES FORM 0019

Formulario Consulta

<https://www.anses.gob.ar/consulta/obra-social-codem>

4. ALTA, MODIFICACIÓN Y/O RENOVACIÓN DE PRESTACIONES:

Apoyo a la Integración Escolar y Maestro de Apoyo

Periodo de solicitud: Prestación Educativa – Año LECTIVO escolar

**Apoyo a la Integración Escolar (AIE) –
(Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)**

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin.

- Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente)** hasta la finalización del nivel de educación secundaria.
- De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.
- **El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.**
- Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar:
 - **Instituciones categorizadas para la modalidad AIE.**
 - CET con Integración Escolar.
 - Instituciones categorizadas para las modalidades Educación Inicial / Pre primaria y Educación General Básica / Primaria.

Maestro de Apoyo – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

- Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente)** hasta la finalización del nivel de educación secundaria.

- De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

- **El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora.**

- Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo:

- Profesionales acordes a la discapacidad del beneficiario, preferentemente con formación docente especial/licenciada en educación o Psicopedagogo.

- **El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.**

Documentación para Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo (4.1)

Trámite 1 – Solicitud

- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante – Año calendario

VER MODELO FORMULARIOS DE INDICACIONES MÉDICAS

- Resumen de Historia Clínica, firmada por el médico tratante **FORMULARIO 0020**

- Conformidad de la prestación firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Res. 1731/21 SSSalud – **FORMULARIO 004**

- **Informe de evaluación inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una **nueva prestación**, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

- **Informe evolutivo de la prestación:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.

- **CONSTANCIA DE MATRICULACIÓN Y/O ALUMNO REGULAR (debe indicar el número de CUE).**

- Presupuesto prestacional: **AIE (FORMULARIO 0013) y Maestro de Apoyo (FORMULARIO 0012).**

- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario tesoreria@osplad.org.ar

- **Plan de abordaje individual:** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional / equipo tratante. **FORMULARIO 0017**

- **En el caso del Apoyo a la Integración Escolar: Categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad (SNR / ANDIS).**
- **En el caso de Maestro de Apoyo: título habilitante y certificado analítico de materias.**

Trámite 2 – OBLIGATORIO - Documentación Complementaria (HASTA EL 30 DE ABRIL DEL 2027)

- Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo correspondiente (debe indicar el número de CUE).
- Acta Acuerdo firmada por familiar responsable / tutor, directivo de la escuela y profesional / equipo tratante.

– Terapias Ambulatorias

Periodo de solicitud: Año calendario

- Prestaciones de Apoyo– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Se entiende por prestaciones de apoyo a aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal (se excluye como prestación principal a los módulos de Atención Ambulatoria, Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo y Transporte Especial).

- El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en alguna de las otras modalidades previstas.
- Carga horaria mínima por sesión: 45 minutos.

- Módulos de Atención Ambulatoria (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Cuando el beneficiario requiera una mayor carga horaria de atención por sesiones, se reconocerá la modalidad como Atención Ambulatoria:

- **Tratamiento Integral Intensivo:** comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes)
- **Tratamiento Integral Simple:** cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales.

Documentación para Terapias Ambulatorias (4.2)

Trámite 1 – Solicitud

- Resumen de Historia Clínica, firmado por el médico tratante. **FORMULARIO 0020**

- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante. **VER MODELO FORMULARIOS DE INDICACIONES MÉDICAS**
- Conformidad de la prestación firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Res. 1731/21 SSSalud – **FORMULARIO 004**)
- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.

IMPORTANTE: Para el caso de varios profesionales Intervinientes el Informe evolutivo a presentar debe confeccionado y firmado por **TODOS profesionales participantes en el tratamiento del beneficiario**

- Presupuesto prestacional - **FORMULARIO 0011**
- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **tesorería@osplad.org.ar**
- Plan de abordaje individual: deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención. **FORMULARIO 0017**

RNP / Título habilitante:

- **Prestación brindada por instituciones:** constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la SSSalud (RNP).
- **Prestación brindada por profesionales:** título habilitante. Los kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Musicoterapeutas, Terapistas Ocupacionales, Psicopedagogos y Psicomotricistas egresados de una universidad, deberán además remitir la Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP).

– Otras Prestaciones (excluye Transporte)

Periodo de solicitud: Año calendario

- Hospital de Día– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación.

- No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos.

- Estimulación Temprana– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Periodo de solicitud: Año calendario

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 beneficiarios de 1 a 4 años de edad cronológica y eventualmente hasta los 6 años.

- Carga horaria mínima por sesión: **45 minutos.**

**- Educación Inicial / Escolaridad Pre-Primaria–
(Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)**

Periodo de solicitud: Año LECTIVO ESCOLAR

Proceso educativo 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.

**- Educación Gral Básica / Escolaridad Primaria –
(Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)**

Periodo de solicitud: Año LECTIVO ESCOLAR

Proceso educativo 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 – Aprestamiento Laboral
(Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)**

Periodo de solicitud: Año LECTIVO ESCOLAR

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. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobada por organismos oficiales competentes en la materia.

- Centro Educativo Terapéutico – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud: Año LECTIVO ESCOLAR

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

- Centro de Día – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud: Año calendario

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

- Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, Pequeño Hogar, permanente o de lunes a viernes. (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud: Año calendario

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 descritos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

Se requiere:

- **Prescripción médica de la prestación**, firmada por el médico tratante y adecuadamente fundamentada: el médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar. Asimismo, en caso que el beneficiario tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.
- **Informe Socio-ambiental**: que avale la necesidad del módulo Hogar, confeccionado por Trabajador Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

- Internación en Rehabilitación– (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: NO)

Periodo de solicitud: Año calendario

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de un proceso de **duración limitada y con objetivos definidos**, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario.

La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.

Documentación para Otras Prestaciones (4.3)

- Resumen de Historia Clínica, firmado por el médico tratante. **FORMULARIO 0020**
- Prescripción médica de la prestación, firmada por el médico tratante y adecuadamente fundamentada **VER MODELO DE INDICACIONES MÉDICAS**
- Conformidad de la prestación firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Res. 1731/21 SSSalud – **FORMULARIO 004**
- **Informe de evaluación inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- **Informe evolutivo de la prestación:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados.
- **Plan de abordaje individual:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención.
- Presupuesto prestacional
- Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada). Los prestadores deberán acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **tesorería@osplad.org.ar**
- Informe confeccionado por trabajador social – Hogares
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la SSSalud (RNP) o SNR/ ANDIS según corresponda
- Dependencia - se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional (**FORM 0018 puntaje y justificación**) y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

– TRANSPORTE – (Modalidad sujeta a adicional por dependencia: SI)

Periodo de solicitud:

- TRANSPORTE A INSTITUCION EDUCATIVA: Año Lectivo escolar
- TRANSPORTE A OTRAS INSTITUCIONES: Hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario) **
- TRANSPORTE A TRATAMIENTOS: Hasta 12 meses - año aniversario (puede no coincidir con año calendario)**

(**) De NO coincidir con el periodo de la prestación de destino, podrá solicitarse acreditación de la misma

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. **Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art 22 inc a).**

- No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino.
- De acuerdo a Res. 1192/15 MS, **la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georreferenciación utilizado**, y será abonada por mes entero. Dicha prestación, considerada modular, estará sujeta a débito cuando el servicio sea prestado en menos de un 80 % del periodo en cuestión. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos en el módulo los días del receso invernal.
- **La cobertura se brindará hasta un total de 1500 km mensuales, entre todos los destinos;** pudiendo OSPLAD, requerir la derivación a otro establecimiento de igual calidad prestacional, más cercano a su domicilio, así como re-pautar la frecuencia de asistencia, los cronogramas de tratamiento y/o solicitar un informe médico (sujeto a evaluación), el cual deberá avalar:

1. La necesidad de concurrencia al establecimiento y/o prestador seleccionado y la frecuencia de asistencia que motive dicho requerimiento.

2. La falta de un prestador categorizado y de igual calidad prestacional más cercano a su domicilio.

- La incidencia de las distancias, en el cuadro y evolución del beneficiario.

Documentación para Transporte Especial (4.4)

- **Resumen de Historia Clínica**, firmado por el médico tratante.
- **Prescripción médica de la prestación**, firmada por el médico tratante.
- **Conformidad del transporte** firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Res. 1731/21 SSSalud – ANEXO II). **(FORM 004)**

- *Certificación del domicilio del beneficiario, emitido por autoridad competente.*
- *Presupuesto con el diagrama de los traslados, indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje (FORM 0015) y constancia del programa de georreferenciación que acredite la distancia recorrida.*
- *Comprobante de CBU del prestador (deberá corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación Presentada. Si existe alguna modificación de cuenta bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a **info.tesorería@osplad.org.ar***
- *Habilitación y/o póliza vigente donde conste que el vehículo está habilitado para el transporte de pasajeros (no uso particular), licencia de conducir y Verificación Técnica Vehicular.*
- *En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional (**FORM 0018 puntaje y justificación**) e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.*

5. DEPENDENCIA

El Índice de Independencia Funcional (FIM) no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia, en los casos en que se encuentre debidamente justificado, para las siguientes modalidades:

- **Centro de Día**
- **Centro Educativo Terapéutico**
- **Hogar**
- **Hogar con Centro de Día**
- **Hogar con Centro Educativo Terapéutico**
- **Transporte Especial** (solo para beneficiarios desde los 6 años – SIN EXCEPCIÓN).

Documentación requerida

- En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de **Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico**, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual (**FORM 0018 puntaje y justificación**)

- En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte (beneficiarios + 6 años) se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran. **(FORM 0018 puntaje y justificación)**

6. SEGUIMIENTO SEMESTRAL

- A los 6 meses de iniciada la prestación, se debe adjuntar un “Informe de seguimiento semestral” de la prestación brindada, confeccionado por el profesional o institución tratante. Ante esta presentación se prorrogará la autorización oportunamente emitida.
- Para el caso de continuidad de Transporte, se debe adjuntar el “Informe de seguimiento semestral” correspondiente a la prestación destinataria del traslado.
- **El incumplimiento del mismo implica la suspensión** de la autorización (AD) emitida.

7. CAMBIO DE PRESTADOR Y/O DE LA SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con Subsidio por Discapacidad ya otorgado, la documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad:

Cambio /Baja

- Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio **(FORM 0021)**
- Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.

Casos de fallecimiento del beneficiario causante

- Nota del familiar o responsable del beneficiario titular informando la fecha de la defunción y la de finalización del tratamiento.
- Certificado de defunción

Abandono del tratamiento

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida. **FORM 0026**

8. RECLAMO DE DOCUMENTACIÓN FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA

En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente. Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación al correo electrónico declarado por el beneficiario titular en la plataforma online de la Obra Social y/o a la delegación de cabecera de acuerdo a la forma de gestión del Expediente, debiendo cumplimentarse a la mayor brevedad posible a fin de darle curso correspondiente al expediente.

9. AYUDAS TÉCNICAS:

La Obra Social cubre insumos y ayudas técnicas de origen nacional y de modelo estándar (Previstas en el PMO). No se cubren los importados, los de fabricación especial ni los que no figuren en el nomenclador. Las ayudas técnicas de ALTO COSTO, serán evaluadas por el equipo interdisciplinario en conjunto con la Gerencia de Prestaciones Médicas y la Gerencia de Administración

Documentación

- Prescripción médicas: El profesional solicitantes debe indicar DESCRIPCIÓN detallada de la ayuda técnica requerida, sin sugerir MARCA- ORTOPEDIA-
- Certificado de Discapacidad
- Resumen de Historia clínica, firmada por el médico tratante **FORM 0020**
- Solicitud Prestaciones **FORM 003**
- Planilla de toma de medidas **FORM 001**
- Términos y condiciones para la provisión de insumos y ayudas técnicas **FORM 002**
- Planilla de Medidas de independencia funcional (FIM) **FORM 0018**
- Planilla de datos socio familiares **FORM 0019**
- Las ayudas técnicas se entregan bajo la modalidad de comodato.

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-001

2027

Planilla de Toma de Medidas

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° de beneficiario - CUIL Fecha de Nacimiento Tel.

Localidad Provincia

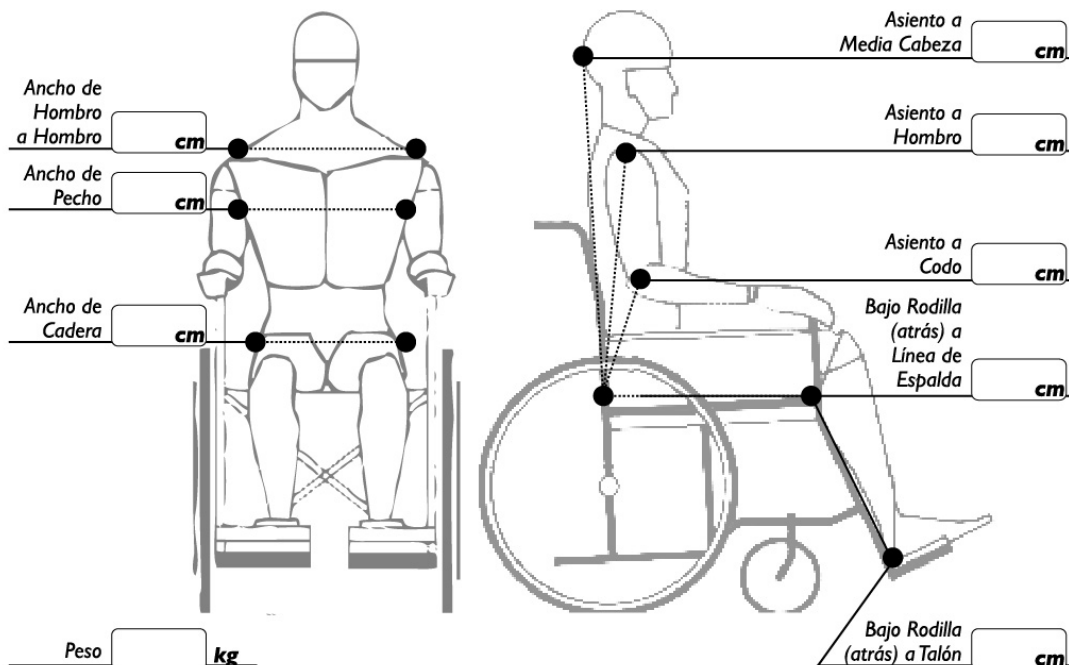
Datos de la Prestación

Equipamiento

Médico Prescriptor

Características

Apoya Cabeza ☐	Soporte lateral de Caderas ☐	Soporte lateral de Tronco ☐
Cinturón ☐	Abductor de Piernas ☐	Chiripá ☐
Cinturones por Hombro ☐	Arnés por Entrepierna ☐	Chaleco de Sujeción ☐
Ruedas Antivuelco ☐	Sujeción de Empeine ☐	Almohadón ☐
Otros ☐		



Firma, Aclaración y Sello

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-002
2027

Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Términos y condiciones para la provisión de insumos y ayudas técnicas

La Obra Social Para La Actividad Docente, a través de su respectiva Área de Discapacidad, proveerá, previo análisis de la condición de salud de cada afiliado (acreditada mediante Cert. Único de Discapacidad y Resumen de Historia Clínica actualizados), de los elementos ortopédicos que fuesen requeridos por los profesionales tratantes. Para lo cual, tanto los afiliados como sus familiares a cargo deberán previamente aceptar los puntos a continuación señalados:

1. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica autorizados al afiliado son propiedad de OSPLAD, y por lo tanto se entregan en carácter de COMODATO, y por el plazo en que la condición de salud del afiliado amerite el uso de los mismos.
2. El afiliado y/o familiar a cargo del mismo deberá realizar un uso correcto del elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado, preservándolo de roturas o daños de todo tipo, excepto por el desgaste propio que éstos y/o que sus componentes presenten normalmente.
3. Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, todo daño sobre el material entregado que NO ocurra en un tiempo esperado de uso, deberá ser reparado haciendo uso de la garantía que el mismo presenta, quedando exento OSPLAD de cubrir la reparación del mismo.
4. Se informa al afiliado y/o familiar a cargo del mismo que, tanto la pérdida y/o sustracción del material entregado, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.
5. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica que por diversas circunstancias no sea utilizado por el afiliado, deberá ser devuelto a OSPLAD, de acuerdo a lo observado en punto 1.
6. OSPLAD se obliga a entregar los elementos autorizados, ya sea en su sede y/o en una ortopedia y/o donde lo indique. La totalidad de los gastos y cualquier responsabilidad que eventualmente genere, tanto el retiro de los mismos, como su devolución, son por cuenta exclusiva y total del afiliado y/o familiar a cargo.
7. Todo elemento, insumo y/o ayuda técnica entregado por OSPLAD, cumpliendo las especificaciones del pedido conforme a la documentación recibida en la Obra Social, y que por responsabilidad del afiliado (y/o familiar a cargo), del médico prescriptor, o de la empresa proveedora del mismo no cumpla con las características acordadas para su uso, NO obliga a la Obra Social a realizar una nueva cobertura.
8. Los términos Y/O condiciones para la Provisión de Ayudas Técnicas: Los insumos y ayudas técnicas son entregados al beneficiario en comodato.

Quien suscribe, _____, con DNI _____

Y en carácter de _____, presto conformidad con los
(Afiliado Titular o familiar a cargo)

puntos enunciados, a los _____ días del mes de _____ de 20 _____

Firma

Aclaración _____

Insumo entregado: _____

Afiliado a quién representa (en caso de ser familiar a cargo): _____

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-003
2027

Solicitud de Prestaciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar y fecha

Señor Presidente de la Obra Social para la Actividad Docente

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el propósito de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos/ adquisición de

Para tal fin, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

Datos del beneficiario con discapacidad

Nombre y Apellido Edad

Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento

Estado Civil Domicilio de residencia actual

Ciudad Provincia CP

Email Escolarizado Si ☐ No ☐

Teléfono DNI N° Celular

N° de Afiliado /CUIL Tipo de Afiliación: Rel. de dependencia ☐ Monotributista - Personal doméstico ☐ Adherente ☐

Grado de parentesco con el titular

Datos del Beneficiario Titular

Nombre y Apellido N° de Afiliado /CUIL

Domicilio de residencia actual

Ciudad Provincia CP

N° DNI Teléfono

Email

Declaro que los datos volcados en el presente formulario son exactos y revisten carácter de **Declaración Jurada**.

Firma del Titular

Firma del Beneficiario
(o firma de los padres si el
beneficiario-paciente es menor de edad)

Aclaración

Aclaración

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-004

2027

**Planilla de
Conformidad Prestación
de Discapacidad**

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido

N° Afiliado

Yo

con Documento Tipo

N°

doy mi conformidad respecto a la continuidad de 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 para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Datos de la Prestación

Prestación

Prestador

Período de la Prestación

Desde

Hasta

Año

2027

Firma:

Aclaración

Domicilio

Si el firmante no es la persona con Discapacidad

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

Tipo y N° de Documento

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-008
2027

Presupuesto para Inicial- EGB- Aprestamiento Laboral Formación Laboral- CET- Centro de Día- Hogares

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar

Tipo de jornada a realizar Simple ☐ Doble ☐ Reducida ☐ Permanente ☐ Categoría A ☐ B ☐ C ☐

Incluye almuerzo Si ☐ No ☐ Incluye Dependencia Si ☐ No ☐

Monto Mensual \$ Período Desde Hasta Año

Matrícula \$

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes martes miércoles jueves viernes sábado**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
de la Institución/ Prestador

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0010

2027

Presupuesto de Prestaciones de Estimulación Temprana

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por:
(indicar parentesco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Período Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales Monto por Sesión (Si es la única prestación) \$

Monto Mensual \$ Monto del Módulo (Si es brindada por equipo) \$

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**
Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Terapia

Terapia

Terapia

Firma, Aclaración y Sello del
Profesional

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0011

2027

Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por:
(indicar parentesco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Período Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales Monto por Sesión \$ Monto Mensual \$

Valor del Módulo \$

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Número de CUE (Código único de Establecimiento)

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Asistencia

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes** **sábado**

Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta Desde Hasta

Terapia

Terapia

Terapia

Firma y Sello
Aclaración / Institución

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0012
2027

Maestra de apoyo

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Constancia de alumno regular CUE

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Maestra de Apoyo**

Período Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Cronograma de Actividad (Maestra de Apoyo)

La prestación se brindará en la escuela o el domicilio.

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela

Días y horarios **lunes martes miércoles jueves viernes**

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
del Profesional

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0013-FRENTE
2027

Equipo de apoyo para la integración escolar

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Período Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Constancia de alumno regular con CUE

Datos del Prestador

Nombre

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

CBU N° Entidad Bancaria

Cheque a la orden de

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Actividad Aulica

Nombre del profesional que realiza la actividad:

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela:

Sita en la Calle N° de la ciudad de

Días y horarios **lunes martes miércoles jueves viernes**

Desde

Hasta

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0013-DORSO
2027

Equipo de apoyo para la integración escolar

Completar todos los campos del Formulario

Actividad Extra Aulica

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle N°
de la ciudad de

Días y horarios **lunes** **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde

Hasta

Conformación del equipo AIE

1 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

2 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

3 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

Firma, Aclaración y Sello
del Representante del Equipo

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0014
2027

Acta de Acuerdo Apoyo a la Integración Escolar

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

En el día de la fecha, en la ciudad de se establece
el presente acuerdo entre la Escuela

con N° CUE (Código único de Establecimiento) y con domicilio sito en
..... representada por

la Maestra de Apoyo / el Equipo de Apoyo a la integración Escolar representado por
..... y la familia del niño/a

con DNI para llevar a cabo la integración del niño/a en el Año/Sala
..... Turno

Nombre del profesional a cargo de la actividad áulica

En los días y horarios

lunes **martes** **miércoles** **jueves** **viernes**

Desde

Hasta

La Institución educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al/ a la niño/ a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

La continuidad del alumno en el Proyecto de integración escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la integración Escolar, quienes, en forma conjunta podrán considerar toda vez, que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por:

- Incumplimiento de los ítems mencionados UT-supra.
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
- Modificaciones importantes en la conducta.

Firma y sello de
la Escuela Común
donde se realiza
la integración

Firma del
padre/
madre/
Tutor

Firma y sello
de Maestra /
Equipo de AIE

Aclaración Aclaración Aclaración

Los datos consignados requeridos tienen carácter de declaración jurada.

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0015

2027

Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Prestador

Razón Social

Domicilio Localidad/Provincia

Email de contacto Teléfono

Compañía de Seguros Póliza N°

Orden de emisión de cheque

Entidad Bancaria CBU

Condición frente a IVA ☐ Inscripto Monotributo ☐ Exento ☐ CUIT N°

Condición frente a Ingresos Brutos ☐ Inscripto Multilat. ☐ Exento ☐ IIBB N°

Tomo conocimiento que la falta de algunos de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Prestación a brindar Transporte Especial a

(Tipo de prestación o institución)

Período Desde Hasta Año

Cronograma de traslados

IDA

Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta

Horarios

Km Ida

VUELTA

Desde Calle: N° Localidad

Hasta Calle: N° Localidad

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta

Horarios

Km Vuelta

Km totales diarios

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado

Km ida + Km vuelta

Total km Mensuales Días mensuales (hasta) Viajes mensuales (hasta)

Monto por Km Monto Mensual (\$) Adicional Dependencia 35% (Sujeto a evaluación) Si ☐ No ☐

Firma, Aclaración y Sello
del responsable de la
Empresa Transportista/ Prestador

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0016
2027

Solicitud de Anexo de transporte

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Paciente

Nombre y Apellido

N° DNI

Datos de los Padres

Madre

Nombre y Apellido

Padre

Nombre y Apellido

Actividad

Actividad

Turno/ Horario

Turno/ Horario

Datos de los Hermanos

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Actividad

Actividad

Turno/ Horario

Turno/ Horario

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Actividad

Actividad

Turno/ Horario

Turno/ Horario

Diagnóstico

DSM IV* - CIE X

Discapacidad

Justificación Médica de la Solicitud del Transporte

Médico Auditor Agente del Seguro

*** Consignar los Ejes**

Firma y Sello del
Médico Auditor
Agente del Seguro

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0029

2027

Formulario Declaración Jurada de Transporte

Completar todos los campos del Formulario

En la Ciudad de Fecha

Por medio de la presente, en mi carácter de PADRE/MADRE/TUTOR de

Documento Número

INFORMO en carácter de **DECLARACION JURADA QUE NO HA SIDO ADQUIRIDO NINGUN VEHICULO AUTOMOTOR A FAVOR DEL NOMBRADO HACIENDO USO DE LA FRANQUICIA CONTEMPLADA EN LA LEY 19279.**

Firma

Aclaración

Tipo y N° de Documento

Vínculo Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0017
2027



Modelo de Plan de Trabajo Instituciones/ Profesionales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Fecha de nacimiento

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Período Desde Hasta Año

PLAN DE ABORDAJE 2027

1 MODALIDAD DE PRESTACIONES

.....

.....

.....

2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

.....

.....

.....

.....

3 ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCION CONTEMPLANDO LOS DIFERENTES CONTEXTOS

.....

.....

.....

.....

Firma, Aclaración y Sello
del Profesional

Firma y Aclaración
de los Padres

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0018

Medida de Independencia Funcional - Año 2027 (FIM)

Completar todos los campos del Formulario

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido _____ Edad

Tipo y N° Documento CUIL N°

Diagnóstico _____

Institución _____ Fecha de ingreso a la Inst.

Modalidad _____

Item	Actividad	Puntaje	Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional	
Autocuidado			Independiente	Puntuación
1	Alimentación		Independiente total	7
2	Aseo Personal		Independiente con adaptaciones	6
3	Baño			
4	Vestido Parte Superior			
5	Vestido Parte Inferior			
6	Uso del Baño		Dependiente	Puntuación
Control de Esfínteres			Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
7	Control de Intestinos		Solo requiere mínima asistencia.	4
8	Control de Vejiga		Paciente aporta 75% o más.	3
Transferencias			Requiere asistencia moderada.	3
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas		Paciente aporta 50% o más.	2
10	Transferencia al Baño		Requiere asistencia máxima.	2
11	Transferencia a la Ducha o la Bañera		Paciente aporta 25% o más.	1
Locomoción			Requiere asistencia total.	1
12	Marcha o Silla de ruedas		Paciente aporta menos del 25%.	
13	Escaleras			
Comunicación				
14	Comprensión			
15	Expresión			
Conexión				
16	Interacción Social			
17	Resolución de problemas			
18	Memoria			
Puntaje FIM Total				

Deberá ser completada por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en Psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los items incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Fecha Firma y Sello del Profesional Interviniente Firma y Sello del Profesional Interviniente

N° de Matrícula N° de Matrícula

Especialidad Especialidad

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0019
2027

**Planilla de
Datos Sociofamiliares**

Completar todos los campos del Formulario

Datos del Titular

Apellido y Nombre

Domicilio

Localidad Celular Teléfono

Email

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre Edad

Domicilio

Localidad Teléfono de contacto

Prestación solicitada

Grupo Familiar Conviviente

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios
.....				
.....				
.....				
.....				

Grupo Familiar No Conviviente y red social ampliada

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios
.....				
.....				
.....				
.....				

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoria de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Lugar de emisión

Fecha

Firma y Aclaración
del Titular

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0020
2027

**Resumen de
Historia Clínica**

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Datos del Paciente

Apellido y Nombre DNI

N° Beneficiario de Osplad (Es el número de CUIL)

1 Diagnóstico

(Como indica el Certificado Único de Discapacidad)

.....

.....

.....

.....

2 Antecedentes completos de intervenciones Terapéuticas y/o Educativas

.....

.....

.....

.....

3 Parámetros funcionales actuales

.....

.....

.....

.....

4 Evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico Psiquiátrico) en el último año

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello
del Médico

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0021

2027

Solicitud de Cambio de Prestador

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido N° DNI

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja de la prestación de:**

..... a cargo de
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación de:

..... a cargo de
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día
(Nombre del profesional y/o institución)

y por el período

Firma del
Beneficiario o
del Representante

Aclaración del firmante

Parentesco

N° DNI del firmante

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-026

2027

**Modelo Nota de
Solicitud de Abandono
de Tratamiento**

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido

N° Afiliado

Tipo y N° de documento

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la Baja de las prestación de

(Ejemplo: Psicología, Fonoaudiología, CET, etc) con el Profesional y/o Institución

a partir de la fecha

Motivo de la baja de la prestación

Firma del Beneficiario/Responsable

Firma:

Aclaración

Tipo y N° de Documento

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-027
2027

Ficha del Prestador de Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Prestador

Apellido y Nombre / Razón Social

Tipo y N° Documento CUIT N° N° Acreedor

Sexo/Género Fecha de Nacimiento País de Nacimiento

Nacionalidad Otras nacionalidades País de emisión del Documento

Domicilio particular Calle N° Torre Piso Dpto.

Barrio C.P. Localidad/Provincia

Tipo de teléfono N°

Dirección de correo electrónico

Rubro (marcar con una X lo que corresponda)

Profesional ☐ Centro ☐ Transporte ☐ Escuela ☐ Hogar ☐ Instituto ☐

Datos Bancarios

CBU N° Tipo de cuenta

N° de Cuenta Banco

Datos Profesionales / Formación

Título/ Formación Especialidad

Fecha de graduación N° Matrícula Fecha de vencimiento

Domicilio de atención

Teléfono del consultorio o Institución

Condición frente a IVA

Responsable inscripto ☐ Inscripto Monotributo ☐ Exento ☐

Exención Ingresos Brutos

Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, deberá adjuntar el certificado correspondiente

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

Firma y
Sello

Aclaración

CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-028
2027

Cronograma de Actividades - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido

Tipo y N° Documento Edad Sexo

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma indicando:

A En la columna HORARIO detallar las prestaciones, actividades deportivas y/o culturales que recibe el Beneficiario, señalando horario de inicio y fin.

B En la columna DIAS colocar el día en que recibe la prestación, actividades deportivas y/o culturales, especificando el nombre de las mismas

A		B						
Horario		Días (Colocar el nombre de la prestación)						
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
20:	:							

Firma del Padre/Madre o Tutor

Firma Aclaración
Tipo y N° de Documento

Modelo de Prescripciones Médicas

Prestación de Apoyo (terapia única)

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 15/10/2026

Nombre y Apellido: Rosa, Pérez

DNI N°: 20.383.542

Diagnóstico: Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación: Solicito Psicopedagogía 2 sesiones semanales

Período Desde: Enero Hasta: Diciembre 2027

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Rehabilitación (interdisciplinaria, dos o más terapias)

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 15/10/2026

Nombre y Apellido: Rosa, Pérez

DNI N°: 20.383.542

Diagnóstico: Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación: Solicito REHABILITACION en: Fonoaudiología 2 sesiones semanales Psicología 2 sesiones semanales Terapia Ocupacional 2 sesiones semanales

Período Desde: Enero Hasta: Diciembre 2027

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Maestro de Apoyo

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 15/10/2026

Nombre y Apellido: Rosa, Pérez

DNI N°: 20.383.542

Diagnóstico: Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación: Solicito Modulo Maestro de Apoyo

Período Desde: Enero Hasta: Diciembre 2027

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Módulo apoyo a la Integración escolar (EQUIPO)

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 15/10/2026

Nombre y Apellido: Rosa, Pérez

DNI N°: 20.383.542

Diagnóstico: Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación: Solicito Modulo Apoyo a la Integración Escolar(EQUIPO)

Período Desde: Enero Hasta: Diciembre 2027

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Transporte

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2027

Nombre y Apellido: Andrés, Pérez

DNI N°: 40.741.274

Diagnóstico: ECNE

Prestación: Dada su patología de base (discapacidad motora), Solicito Traslado de domicilio a Escuela especial, ida y vuelta

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2027

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Prestaciones Educativas

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/02/2027

Nombre y Apellido: Andrés, Pérez

DNI N°: 40.741.274

Diagnóstico: ECNE

Prestación: Solicito Escuela especial EGB jornada simple con dependencia

Período Desde: Marzo Hasta: Diciembre 2027

Jornada Simple ☒ Jornada Doble ☐

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Estimulación Temprana

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2027

Nombre y Apellido: Ana Pérez

DNI N°: 51.346.899

Diagnóstico: ECNE

Prestación: Solicito Módulo Estimulación Temprana en Fonoaudiología 2 sesiones semanales y Kinesiología 1 sesión semanal

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2027

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Hogar Permanente con CD/CET con o sin dependencia

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2027

Nombre y Apellido: Ana Pérez

DNI N°: 51.346.899

Diagnóstico: Retraso mental grave

Prestación: Solicito Módulo Hogar permanente con CD/CDT con dependencia

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2027

Firma y Sello del Médico Tratante

Modelo de Prescripciones Médicas

Escuela Especial - Centro Educativo Terapéutico Formación Laboral - Aprestamiento Laboral

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha: 05/03/2027

Nombre y Apellido: Sabrina, Pérez

DNI N°: 40.135.842

Diagnóstico: Retraso mental moderado.
Hipoacusia.

Prestación: Solicito Centro Educativo Terapéutico

Jornada: Simple

Período Desde: Abril Hasta: Diciembre 2027

Jornada Simple: ☒ Jornada Doble: ☐

Firma y Sello del Médico Tratante

• **FACTURACIONES**

COMO SUBIR FACTURAS AL PORTAL

Nos dirigimos a ustedes para informarles que desde agosto 2025 se implementó un nuevo sistema de nuestra OBRA SOCIAL, que les permitirá visualizar:

1. Las **órdenes de pago y retenciones impositivas**.
2. Subir al Portal **la/s Factura/s y sin excepción** documentación aval (planillas de asistencia) y/o detalle de lo facturado.
3. Podrán visualizar Débitos/Rechazos u observaciones por Facturas.
4. Las facturas deben ser presentadas del 1 al 5 de cada mes siguiente al mes de prestación efectuada

Esta herramienta ha sido diseñada con el objetivo de optimizar los procesos administrativos. El uso de esta herramienta les proveerá la información contable que necesitan, dado que será el único medio para obtenerla, y del único medio para el envío de la facturación, agilizando los tiempos de entrega de la misma.

Ventajas del nuevo sistema:

- Acceso rápido y fácil: Podrán descargar las órdenes de pago y las retenciones impositivas sin necesidad de espera y enviar en tiempo la facturación, sin demoras.
- Seguridad y confidencialidad: El sistema está diseñado con altos estándares de seguridad, garantizando la protección de la información y el acceso exclusivo a los documentos correspondientes.

Para acceder al nuevo sistema de consulta se detalla el link de acceso <https://seleccion.osplad.org.ar:7777/>

El usuario será su N° de CUIT (en números y sin guiones) y se le brindará a la brevedad la contraseña, que luego podrá cambiar para mayor seguridad.

Sugerimos el chequeo del sistema sea constante, dado que allí se realizan las observaciones de cada Factura: si es rechazada o tiene débitos u otra observación que impida la continuidad del proceso administrativo-contable de la presentación.

Los invitamos a familiarizarse con el uso de la plataforma, para ello, hemos dispuesto un tutorial audiovisual ingresando a <https://www.youtube.com/watch?v=-alft4MLWJs> donde se mostrara los pasos a seguir.

En caso de dudas, un equipo de soporte técnico estará disponible para asistirlos en todo momento, a través del mail **consultas.sistemas@osplad.org.ar**

Agradecemos su colaboración en la implementación de esta herramienta que beneficiará a todos los actores involucrados en la gestión de pagos y retenciones, dado que dejarán de enviarse por mail.

USUARIO

CLAVE

Será su CUIT

Solicitar a:

facturaciones.discapacidad@gmail.com

Indicando razón social, cuit y paciente al que brindara prestaciones

Planilla de Asistencia a Tratamiento - 2027

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita



Razón Social del Prestador

Domicilio real donde se realiza la prestación

Dejo constancia que el Afiliado

Ha concurrido a Tratamiento de Durante el mes de 2027

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Firma y Sello del Director Institucional

Importante: Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada Tratamiento que realice el Afiliado, y 1 (una) por cada mes.

Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas.

Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril) = 2 Planillas.

Planilla de Asistencia a Institución - 2027

(EGB, CET-C, DÍA - etc.)

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita



Razón Social del Prestador

Domicilio real donde se realiza la prestación:

Dejo constancia que el Afiliado

Ha concurrido a la Institución durante el mes de 2027

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Día	Fecha	Pres/Aus	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Firma y Sello del Director Institucional

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Importante: Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada mes.

 Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Firma y Sello del Profesional Interviniente		Firma del Titular o Tutor		Firma y Sello del Directivo de Escuela Común	
		Aclaración			
	N° DNI				

 Experiencia y Solidaridad
OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Nombre y Apellido del Afiliado	DNI
--------------------------------------	-----------

[illegible]

Firma y Sello del Profesional Interviniente		Firma del Titular o Tutor		Firma y Sello del Director Institucional	
		Aclaración			
		N° DNI			

GERENCIA DE ADMINISTRACION- Dirección de Discapacidad 2027

Planilla de Asistencia Asistente Domiciliario / Acompañante Terapéutico - 2027

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita



Razón Social del Prestador / del 2027

Domicilio donde se realiza la prestación

Nombre y apellido del Afiliado

Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor	Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor
Lunes							Lunes						
Martes							Martes						
Miércoles							Miércoles						
Jueves							Jueves						
Viernes							Viernes						
Sábado							Sábado						
Domingo							Domingo						
Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor	Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor
Lunes							Lunes						
Martes							Martes						
Miércoles							Miércoles						
Jueves							Jueves						
Viernes							Viernes						
Sábado							Sábado						
Domingo							Domingo						
Día	Fecha	Hs Ingr.	Hs Egr.	Hs Ingr.	Hs Egr.	Firma del Titular o Tutor							
Lunes													
Martes													
Miércoles													
Jueves													
Viernes													
Sábado													
Domingo													

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración
N° DNI

Planilla de Traslados - 2027

Adjuntar este Documento en "original"
junto a la Factura o Recibo que emita

Razón Social del Transporte

Dejo constancia que el Afiliado

Con domicilio en Fue trasladado durante el mes de 2027

Hacia la prestación de Con domicilio en

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Importante:

Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada
Destino que realice el Afiliado.
Ejemplo: Traslado a Escolaridad + Traslado a Kinesiología
= Adjuntar 2 Planillas.

Modelo de Factura

Transporte

FACTURA MODELO – TRANSPORTE

MODELO DE CONFECCION DE FACTURA																																								
Transporte Razón Social: Domicilio Comercial: Condición frente al IVA:				FACTURA Punto de Venta: Comp. Nro: Fecha de Emisión: CUIT: Ingresos Brutos: Fecha de Inicio de Actividades:																																				
Período Facturado Desde: 01/11/2017 Hasta: 30/11/2017 Fecha de Vto. para el pago:																																								
CUIT: 30546666189 Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE																																								
Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto Domicilio Comercial: Tacuari 345 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires																																								
Condición de venta: Cheque																																								
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. medida	Precio Unit.	% Bonif	Subtotal	Alicuota IVA	Subtotal c/IVA																																
	Nombre y Apellido - DNI Período: Noviembre 2017 Partida: C.A.B.A Destino: C.A.B.A Beneficiario con Dependencia: 2 viajes por día 21 días al mes 42 viajes mensuales Cant.de km recorrido por viaje: 10.8km Cant.de km recorrido diario: 21.6km Cant.de km recorrido mensual: 453.6 km Valor del km : \$16.24 Valor diario: \$350.78 Resol.2133-E/2017	453,60	km	16,24	0,00	7366,46	No gravado	7366,46																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">Otros Tributos</th> </tr> <tr> <th>Descripción</th> <th>Detalle</th> <th>Alic. %</th> <th>Importe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Per./Ret. de Impuesto a las Ganancias</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Per./Ret. de IVA</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Per./Ret. Ingresos Brutos</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Impuestos Internos</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Impuestos Municipales</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Importe Otros Tributos: \$</td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>									Otros Tributos				Descripción	Detalle	Alic. %	Importe	Per./Ret. de Impuesto a las Ganancias			0,00	Per./Ret. de IVA			0,00	Per./Ret. Ingresos Brutos			0,00	Impuestos Internos			0,00	Impuestos Municipales			0,00	Importe Otros Tributos: \$			0,00
Otros Tributos																																								
Descripción	Detalle	Alic. %	Importe																																					
Per./Ret. de Impuesto a las Ganancias			0,00																																					
Per./Ret. de IVA			0,00																																					
Per./Ret. Ingresos Brutos			0,00																																					
Impuestos Internos			0,00																																					
Impuestos Municipales			0,00																																					
Importe Otros Tributos: \$			0,00																																					
						Importe Neto No Gravado: \$	7366,46																																	
						IVA 27%: \$	0,00																																	
						IVA 21%: \$	0,00																																	
						IVA 10.5%: \$	0,00																																	
						IVA 5%: \$	0,00																																	
						IVA 2.5%: \$	0,00																																	
						IVA 0%: \$	0,00																																	
						Importe Otros Tributos: \$	0,00																																	
						Importe Total: \$	7366,46																																	

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

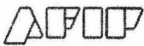
Pág. 1/1

CAE N°:
Fecha de Vto. de CAE:

Modelo de Factura

Rehabilitación

FACTURA MODELO – MÓDULOS DE REHABILITACIÓN

ORIGINAL							
FACTURA Punto de Venta: 000 Comp. Nro: 00000 Fecha de Emisión: CUIT: Ingresos Brutos: Fecha de Inicio de Actividades:				Razón Social: Domicilio Comercial: Condición frente al IVA:			
Periodo Facturado Desde: 01/08/2018 Hasta: 31/08/2018 Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018				CUIT: 3054666189 Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE			
Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto				Domicilio: Tacuén 345 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires			
Condición de venta: Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Exent.	Imp. Total	Subtotal
	HONORARIOS PROFESIONALES POR PRESTACIÓN DE MÓDULO INTEGRAL SIMPLE O MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO (SEGÚN CORRESPONDA)	4		\$4166			\$16664
	8 SES. DE PSICOLOGÍA – 4 SES. DE KINESIOLOGÍA – 4 SES. DE FONOAUDIOLOGÍA.						
AFILIADO: D.N.I.: AGOSTO 2018							
						Subtotal: \$ 16.664,00 Importe Otros Tributos: \$ 0,00 Importe Total: \$ 16.664,00	
 Comprobante Autorizado				Pág. 1/1		CAE N°: Fecha de Vto. de CAE:	
Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación							
							

Modelo de Factura

Rehabilitación

FACTURA MODELO – REHABILITACIÓN

ORIGINAL							
Razón Social: Domicilio Comercial: Condición frente al IVA:				C COD. 11 FACTURA Punto de Venta: Comp. Nro: Fecha de Emisión: CUIT: Ingresos Brutos: Fecha de Inicio de Actividades:			
Periodo Facturado Desde: 01/08/2018 Hasta: 31/08/2018 Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018							
CUIT: 30548666189 Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto Domicilio: Tacuarí 345 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires Condición de venta: Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
	HONORARIOS CORRESPONDIENTES POR SESIONES DE PSICOLOGÍA. AGOSTO 2018 AFILIADO: D.N.I.:	4	unidades	\$475	0,00	0,00	" "
Subtotal: \$ " "							
Importe Otros Tributos: \$ 0,00							
Importe Total: \$ " "							
				Comprobante Autorizado		Pág. 1/1	
Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación				CAE N°: Fecha de Vto. de CAE:			

Modelo de Factura

Escolaridad

FACTURA MODELO – ESCOLARIDAD ESPECIAL

ORIGINAL							
C COD. 11		FACTURA					
Razón Social: Domicilio Comercial: Condición frente al IVA:		Punto de Venta: Comp. Nro: Fecha de Emisión: CUIT: Ingresos Brutos: Fecha de Inicio de Actividades:					
Periodo Facturado Desde: 01/08/2018		Hasta: 31/08/2018		Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018			
CUIT: 30546666189		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE					
Condición frente al IVA: IVA Responsable inscripto		Domicilio: Tacuarí 345 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires					
Condición de venta: Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Desc.	Imp. Desc.	Subtotal
	HONORARIOS POR ESCOLARIDAD ESPECIAL INICIAL/EGB/FORMACIÓN LABORAL (SEGÚN CORRESPONDA) JORNADA DOBLE / SIMPLE (SEGÚN CORRESPONDA) CATEGORÍA "A" / "B" / "C" (SEGÚN CORRESPONDA) CORRESPONDIENTES AL MES DE AGOSTO 2018 AFILIADO: D.N.I.:	1	unidades	" "	0,00	0,00	" "
Subtotal: \$ " "							
Importe Otros Tributos: \$ 0,00							
Importe Total: \$ " "							

Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°:
 Fecha de Vto. de CAE:

Modelo de Factura

Centro

FACTURA MODELO – CENTRO DE DÍA – CET

ORIGINAL							
C COD. 11		FACTURA					
Razón Social: Domicilio Comercial: Condición frente al IVA:		Punto de Venta: Comp. Nro: Fecha de Emisión: CUIT: Ingresos Brutos: Fecha de Inicio de Actividades:					
Periodo Facturado Desde: 01/08/2018 Hasta: 31/08/2018 Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018							
CUIT: 30546688189 Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE							
Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto Domicilio: Tacuarí 345 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires							
Condición de venta: Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
	HONORARIOS POR PRESTACION DE "CENTRO DE DÍA /CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO" (SEGÚN CORRESPONDA) JORNADA DOBLE / SIMPLE (SEGÚN CORRESPONDA) CATEGORÍA "A" / "B" / "C" (SEGÚN CORRESPONDA) CORRESPONDIENTES AL MES DE AGOSTO 2018	1,00	unidades	" "	0,00	0,00	" "
AFILIADO: D.N.I.:							
Subtotal: \$ " " Importe Otros Tributos: \$ 0,00 Importe Total: \$ " "							
		Comprobante Autorizado		Pág. 1/1		CAE N°: Fecha de Vto. de CAE:	
Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación							

● **Modelo de Recibos**

Factura C

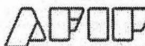
DATOS PRESTADOR	X DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA	RECIBO Nº 001- FECHA CUIT Nº ING. BRUTOS FECHA INICIO ACTIVIDADES	
SEÑOR: OSPLAD DOMICILIO: TACUARI 345 – CABA			
IVA: Resp. Inscripto ☒ Monotributo ☐ Exento ☐ No. Resp ☐ Cons.Final ☐		C.U.I.T 30-54666618-9	
CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
	Por Prestaciones de Discapacidad		
DATOS DE IMPRENTA Y DE AFIP			TOTAL

Modelo de Factura

Maestra/Equipo de Apoyo

FACTURA MODELO – MÓDULO MAESTRA DE APOYO / EQUIPO

ORIGINAL							
C COD. 11				FACTURA			
				Punto de Venta:		Comp. Nro:	
Razón Social:				Fecha de Emisión:			
Domicilio Comercial:				CUIT:			
Condición frente al IVA:				Ingresos Brutos:			
				Fecha de Inicio de Actividades:			
Periodo Facturado Desde:		01/08/2018		Hasta:		31/08/2018	
				Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018			
CUIT: 30546866189				Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE			
Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto				Domicilio: Tacuarí 345 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires			
Condición de venta: Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
	HONORARIOS CORRESPONDIENTES A LA PRESTACIÓN DE "MÓDULO MAESTRA DE APOYO" O "MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR – EQUIPO" (SEGÚN CORRESPONDA) CORRESPONDIENTES AL MES DE AGOSTO 2018 AFILIADO: D.N.I.:	1,00	unidades	"	0,00	0,00	"
Subtotal: \$							"
Importe Otros Tributos: \$							0,00
Importe Total: \$							"



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:

