



**O.S.P.E.S**

---

**INSTRUCTIVO**  
**2025**  
**MECANISMO**  
**DE**  
**INTEGRACION**  
**Y**  
**DISCAPACIDAD**



OBRA SOCIAL PARA PERSONAL DE ESTACIONAMIENTO, GARAGE, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO, LAVADEROS AUTOMATICOS Y GOMERIAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA. MORENO 2681 CABA / TEL: 4956-0954 C.P: 1094  
Gmail: [jcg1129@gmail.com](mailto:jcg1129@gmail.com) / [centralbsasospes@gmail.com](mailto:centralbsasospes@gmail.com)

## INSTRUCTIVO DE PRESTACIONES BASICAS DISCAPACIDAD 2025

Para solicitar la cobertura de Prestaciones incluidas en el Sistema de Prestaciones Básicas a favor de Personas con Discapacidad, Ud. Deberá cumplimentar la documentación, que a continuación se detalla, en un plazo de 30 a 45 días previos al inicio del / los tratamientos, ya que no se reconocerá cobertura de tratamientos de forma retroactiva.

Se recuerda que el ingreso de la documentación NO implica en si misma su autorización, ya que esta se encuentra sujeta al análisis y la evaluación que realice el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social, y en el caso de inicios de tratamiento, cambio y/o modificación se podrá pautar Entrevista entre el beneficiario, familia y la Coordinación de Salud Mental de esta Obra Social. No se habilitarán tratamientos sin la asistencia a la entrevista previa cuando así sea indicado. Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad para solicitar la cobertura de prestaciones por Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones emanadas de Normativas vigentes.

**NO se autorizarán solicitudes con documentación faltante, incompleta o incorrecta.**

En caso de detectarse faltantes o inconsistencias en la evaluación se procederá al reclamo correspondiente. Eventualmente la Auditoría de Discapacidad podrá solicitar documentación / información ampliatoria por las prestaciones solicitadas, si lo considera necesario para determinar cobertura.

Las Solicitudes de Tratamientos / Rehabilitaciones que se cursen por cobertura de prestaciones por Discapacidad no están sujetas al año calendario, a excepción de las modalidades Educativas en todos sus niveles, Apoyo a la Integración Escolar y Maestra de Apoyo, que se autorizan por ciclo lectivo (año calendario), debiéndose retirar nuevamente en todos los casos antes de culminar el periodo autorizado el INSTRUCTIVO VIGENTE para la renovación de / los tratamientos / Modalidades Educativas, del próximo año en total concordancia con Indicaciones de Médico tratante. Por lo expuesto las prestaciones **NO** son de renovación automática.

### CONFECCION DE PRESUPUESTOS.

-Presupuesto por cada Especialidad. El prestador al inicio de cada periodo deberá confeccionar el mismo, detallando la prestación propuesta en concordancia con la indicación del médico tratante. En todos los casos se trata de módulos mensuales y deberá consignarse el valor de la sesión, (a valor Nomenclador Nacional de Discapacidad) frecuencia semanal de asistencia, días y horarios en los que se brinda la prestación.

Los profesionales independientes deben presupuestar cada uno por separado de acuerdo con lo antes mencionado. En los casos de los Centros específicamente Categorizados, se reconocerá el valor módulo mensual establecido mediante Nomenclador Nacional de Discapacidad. Todos los Establecimientos deberán consignar el valor mensual de la prestación que se brinda de acuerdo a la categorización, tipo de jornada, etc. Como así también especificar si incluyen o no almuerzo y la colación diaria.

## DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2025.

## DOCUMENTACION A PRESENTAR DEL BENEFICIARIO.

- 1- Copia del CUD (Cent. Único de Discapacidad) vigente al periodo por el cual se solicita la prestación de acuerdo con lo estipulado en Ley 24.901. El vencimiento del CUD es exclusiva responsabilidad del afiliado, por lo que deberá gestionar la renovación con tiempo perentorio tal que no afecte la pérdida de la cobertura, las mismas caducaran al vencimiento del mismo.
- 2- Conformidad de la Prestación por escrito del titular y / o paciente. (Form.007)
- 3- Consentimiento Bilateral conformado entre las partes, Profesionales / Instituciones / Titular y / o Beneficiario. (Form.008-Form.009Form.010según corresponda).
- 4- Fotocopia de D.N.I del Titular y del Beneficiario.
- 5- Copia del último Recibo de sueldo, pago de Monotributó, Haber Jubilatorio, Cobro de Desempleo, etc.
- 6- Constancia de CODEM ante Anses, donde acredite Discapacidad (El CODEM es el comprobante de Empadronamiento en la Obra Social, donde figura a que Obra Social se encuentran afiliados el Titular y quienes tiene a cargo en el grupo familiar)
- 7- Constancia de Alumno Regular con N de CUE (Código único de Establecimiento), firmado y sellado por la Autoridad competente, en los casos de concurrencia a Institución Educativa. En el caso de tener edad para Escolarización Inicial, Primaria o Secundaria y **NO** concurrir a ningún Establecimiento Educativo, deberán presentar **Nota de NO Escolarización (Form. 004)**.

## DOCUMENTACION MEDICA

- 1- Resumen de Historia Clínica, firmado por médico tratante, completo, legible y con fecha anterior al comienzo del tratamiento, con firma y sello del Profesional. Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del Profesional Médico. (Form.001)
- 2- Prescripciones médicas de las prestaciones comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, firmada por médico tratante, indicando el / los tratamientos propuestos por el médico tratante, consignando Nombre, Apellido, N de Beneficiario, Diagnostico y Periodo de cobertura del tratamiento a seguir. (Form.002-Form.003, según corresponda).

**IMPORTANTE: LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS TIENEN QUE TENER FECHA ANTERIOR AL PERÍODO DE PRESTACIÓN SOLICITADO (Por ejemplo, si la prestación se solicita de febrero a diciembre de 2024, la fecha del pedido médico debe ser de enero de 2025 o diciembre 2024). Las prescripciones deben ser confeccionadas por el médico tratante del beneficiario, NO es un requisito que el mismo forme parte de la cartilla (puede ser de sector público o consulta particular). La especialidad corresponderá a la atención de la patología discapacitante, pudiendo ser: clínico, pediatra, neurólogo, entre otros.**

## PRESTACIONES

Pueden ser re agrupadas en:

01. Prestaciones brindadas por Instituciones (Escuelas Especiales, Centros Educativos Terapéuticos, Formación Laboral, Centros de Rehabilitación, Centros de Día, Hogar, etc.).
02. Prestaciones de Rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales independientes (psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc.).
03. Apoyo a la Integración Escolar (brindada por una Institución).
04. Maestro de Apoyo (brindada por un profesional independiente).
05. Transporte.

**01- INSTITUCIONES, ESCUELAS ESPECIALES, CENTROS EDUCATIVOS TERAPÉUTICOS, FORMACIÓN LABORAL, CENTROS DE REHABILITACIÓN, CENTROS DE DÍA, HOGAR, ETC.**

Las instituciones deben encontrarse inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las Prestaciones Terapéuticas – Educativas y Asistenciales (Resolución N 1328/06 – M Salud).

- A) CONFORMIDAD DE LA PRESTACION. Firmada por la persona con discapacidad / familiar Responsable / Tutor. (Form.007)
- B) CONSENTIMIENTO BILATERAL DE PRESTACIONES / INSTITUCIONES, firmada por la persona con discapacidad / familia responsable / Tutor e Institución. (Form.008)
- C) INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- D) INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2024 en el que se brindó la prestación. Ej: mar. A dic. 2024), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DISCAPACITADA Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS. (Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)
- E) INFORME SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN, a partir de la fecha de inicio de la prestación.
- F) INFORME AMBIENTAL, en el caso de requerir CTRO. DE DIA, HOGAR, etc. Firmado y sellado por Trabajador / a Social.
- G) PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL DONDE CONSTE PERÍODO, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS QUE SE UTILIZARAN EN EL ABORDAJE. Recordemos que actualmente la modalidad de las prestaciones PRESENCIAL.
- H) PRESUPUESTO (Form.005)
- I) 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 CON LA RESPECTIVA CATEGORIZACION DEL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION Y PROMOCION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.
- J) En caso de solicitar **Dependencia** para las prestaciones de Centro Educativo Terapéutico, Hogar Y Centro de Día, se deberá presentar el INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM Form.011), confeccionada por el / la Lic. En Terapia Ocupacional y el INFORME DEL PRESTADOR especificando los apoyos que se brindarán conforme al Plan de Abordaje Individual.
- K) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).
- L) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco Y Planilla de CBU (Form.017)

## **02- PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN POR SESIONES BRINDADAS POR PROFESIONALES INDEPENDIENTES (PSICOPEDAGOGIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, ETC)**

Los prestadores deben encontrarse inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (Res.789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).

A) CONFORMIDAD DE LA PRESTACION. Firmada por la persona con discapacidad / familiar Responsable / Tutor. (Form.007)

B) CONSENTIMIENTO BILATERAL DE PRESTACIONES / INSTITUCIONES, firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / Tutor y Profesional. (Form.008)

C) INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

D) INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE,

(este informe debe contemplar todo el período del 2024 en el que se brindó la prestación. Ej.: mar. a dic.

2024), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DISCAPACITADA Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)

E) INFORME SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN, a partir de la fecha de inicio de la prestación.

F) PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL dónde conste período, objetivos específicos y estrategias utilizadas en el abordaje. Recordamos que actualmente la modalidad de la prestación PRESENCIAL.

G) PRESUPUESTO (Form.005)

H) REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP).

I) TITULO HABILITANTE (frente y dorso)

J) MATRICULA Y DNI.

K) POLIZA DE SEGURO VIGENTE

L) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

M) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco. Y Planilla de CBU (Form.017)

**Las prestaciones de rehabilitación con profesionales independientes, en el marco de prestaciones de Apoyo o Módulos de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo, se autorizarán a partir de los 4 años de edad del beneficiario. Si el beneficiario es menor de cuatro años (1 a 4 años), deberá solicitar Módulo de Estimulación Temprana con Institución Categorizada para dicha prestación. Por lo que deberán adjuntar a la documentación antes mencionada PLANILLA DE ESTIMULACION TEMPRANA (Form.012) la cual deberá estar firmada por los Profesionales que brinden las prestaciones.**

**03-APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR “CON EQUIPO” BRINDADO POR LA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL O CENTRO, AMBOS CATEGORIZADOS PARA BRINDAR ESTA PRESTACION.**

Las instituciones deben encontrarse inscritas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones Terapéutico – Educativas y Asistenciales (Resolución N 1328/06-MSalud). El presente Modulo se compone de un mínimo de 32 hs. Mensuales / 8hs. Semanales para ser considerado el abordaje como APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR de lo contrario la Institución / Profesional prestador deberá hacer presentación del tratamiento bajo la carga de horas / sesiones brindadas y el valor a facturar ajustarse como tal.

A) CONFORMIDAD DE LA PRESTACION. Firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / Tutor. (Form.007)

B) CONSENTIMIENTO BILATERAL DE INTEGRACION ESCOLAR, firmada por familiar Responsable / Tutor Y Centro / Institución (Form.010)

C) INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

D) INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cual consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2024 en el que se brindó la prestación (Ej.mar.adic.2024), modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona discapacitada y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

E) INFORME SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN, a partir de la fecha de inicio de la prestación.

F) PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional tratante.

G) ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable / Tutor / Directivo de la Escuela y Prestador (tanto la Constancia de Alumno, como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo). Form.013

H) APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR, debidamente firmado por el / los Profesionales intervinientes en el proceso de Integración. (Form.014)

I) PRESUPUESTO (Form.005)

J) CATEGORIZACIÓN del Centro.

K) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

L) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco y Planilla de CBU (Form.017)

**04-MAESTRO/A DE APOYO BRINDADO POR PROFESIONAL INDEPENDIENTE QUE ACREDITE MEDIANTE TITULO HABILITANTE EN INCUMBENCIAS PEDAGOGICAS (MAESTRO/A EN EDUCACION ESPECIAL O PSICOPEDAGOGOS/AS)**

**IMPORTANTE:** EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO QUE SOLICITA MAESTRO / A DE APOYO.

A) CONFORMIDAD DE LA PRESTACION. Firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / Tutor. (Form.007)

B) CONSENTIMIENTO BILATERAL DE INTEGRACION ESCOLAR, firmada por la familiar Responsable / Tutor Y Profesional (Form.010)

C) INFORME DE EVALUACION INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

D) INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cuál consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2024 en el que se brindó la prestación (Ej. Mar. adic. 2024), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona discapacitada y su núcleo de apoyo, resultados alcanzado.

E) INFORME SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN, a partir de la fecha de inicio de la prestación.

F) PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional tratante.

G) ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable / Tutor / Directivo de la escuela y Prestador (tanto la Constancia de Alumno, como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo). Form.013

H) APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR, debidamente firmado por el / los Profesionales intervinientes en el proceso de Integración. (Form.014)

I) PRESUPUESTO (Form.005)

J) TITULO HABILITANTE (Psicopedagogas, Profesora de Educación Especial, Licenciada en Ciencias de la Educación) SIN EXCEPCIÓN.

K) CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS.

L) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

M) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco Y Planilla de CBU (Form.017)

## 05- TRANSPORTE

La Súper intendencia de Servicios de Salud autoriza una cantidad máxima de 1.500 kilómetros mensuales. En caso de superar la misma, el beneficiario deberá presentar Certificación Policial del domicilio particular y debida justificación donde se evidencie la falta de prestador categorizado en las cercanías a su domicilio.

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-Form.011), confeccionada por médico / a tratante o Lic. En Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán.

**IMPORTANTE:** La dependencia no puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 años.

A) CONFORMIDAD DE TRASLADOS, firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / Tutor. (Form.007)

B) CONSENTIMIENTO DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS, firmada por la persona con Discapacidad / familia responsable / Tutor y Transportista. (Form.009)

C) PRESUPUESTO (Form.006). En el mismo debe constar Diagrama de Traslados con indicación de origen y destino de cada viaje. Cantidad de km. Recorridos por viaje, por semana y por mes (ida y vuelta). Deberá contener firma, aclaración y DNI del transportista y del beneficiario con discapacidad / familiar responsable / tutor.

D) MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO EN GOOGLE MAPS (se debe presentar solo el mapa, donde se pueda visualizar: Partida / Destino y cantidad de kilómetros del recorrido.

E) HABILITACIÓN ACTUALIZADA de la empresa que factura y del vehículo que realiza el traslado.

F) VTV VIGENTE DEL VEHICULO.

G) LICENCIA DEL CONDUCTOR.

H) PÓLIZA DE SEGURO VIGENTE.

I) CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

J) CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco Y Planilla de CBU (Form.017)



**IMPORTANTE**

- No se autorizarán tratamientos en Establecimientos o Centros que no estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la SSSalud y en el SNR y / o que tengan su inscripción en trámite y que no posean la habilitación para funcionar como tales, expendida por el Ministerio de Salud y / o Ministerio de Educación o Autoridad Municipal, según corresponda.
  - No se autorizarán prestaciones con fecha anterior a l Certificado de Discapacidad.
  - Las prestaciones de Apoyo solo serán aceptadas como complemento de una prestación principal Educativa o de Rehabilitación con la constancia pertinente que acredite tal condición.
  - El tiempo máximo reconocido por sesión de tratamiento en Modulo de Rehabilitación Ambulatoria es entre 45 – 60 minutos y la frecuencia semanal de asistencia se entenderá como 1 (una) sesión por cada día de concurrencia.
  - No se aceptarán prescripciones médicas, presupuestos y facturas que no sea de cuenta los lineamientos establecidos en el presente Instructivo.
  - Debido a que la documentación podrá ser enviada a través de un archivo por foto o escaneada, las firmas solicitadas en todos sus casos, tanto de los adultos responsables del beneficiario/beneficiario y prestadores, deberán ser originales o en forma ológrafa.**
- 

\_\_ DATOSUTILES

LINK para consultar Centros Categorizados:

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

**-WhatsApp de ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad): 112478-4746-Es solo WhatsApp**

**-Teléfono ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad): 0800-555-3472 –LINK para consultar**

CODEM (Ingresando CUIL del titular de Obra Social): <https://www.anses.gob.ar/consultas/obra-social-codem>

## **CAMBIO DE PRESTADOR**

En los casos que se solicite el cambio de un prestador que realiza un tratamiento ya autorizado, se deberá presentar:

\*Nota del beneficiario titular (Form.016), solicitando dicho cambio que incluya fecha de inicio del tratamiento del nuevo prestador, motivo, fecha de baja del prestador anterior, firma / aclaración y N de D.N.I

\*Del nuevo Prestador / Transportista deberán presentar la documentación completa, según Instructivo.

**Se autorizarán hasta dos cambios de prestador por año.**

## **SUSPENSION / INTERRUPCION / NO UTILIZACION DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS.**

\*Nota del beneficiario titular (Form.015), especificando la fecha de finalización de la prestación y los motivos por los cuales la misma fue interrumpida. La misma debe incluir firma / aclaración y N de D.N.I.

## **AMPLIACION O MODIFICACION DEL TRATAMIENTO**

En los casos que se solicite la modificación de un tratamiento ya autorizado en el año anterior o en el año en curso, se deberá presentar:

\*Nota manuscrita del beneficiario titular solicitando el cambio que incluya fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado y motivo.

\*Nuevo pedido médico, en los casos en los que se indique ampliación de dicho tratamiento con la debida justificación de la modificación del mismo.

\*Nuevo Resumen de Historia Clínica, con justificación médica.

**“Todo pedido de ampliación / modificación de un tratamiento o cambio de prestador quedara sujeto al re evaluación del conjunto de las prestaciones solicitadas por parte del Equipo Interdisciplinario de Auditoria en Discapacidad de la Obra Social, incluyendo entrevista con el Área de Salud Mental.**

**En el caso de incorporarse una nueva prestación y/o realizar modificación del esquema terapéutico sobre un trámite en curso, la misma deberá gestionarse con anterioridad de 30 días a su inicio.”**

**INSTRUCTIVO CONTABLE – AÑO 2025**

Instructivo referente a la documentación contable emitida para prestaciones brindadas por Discapacidad, la que deberá conformarse en los términos establecidos mediante Normativa vigente. A continuación, se realiza una descripción de los datos que las mismas deberán poseer.

\*La entrega de la facturación por las prestaciones brindadas, deberá ser de forma regular y mensual, de acuerdo al Mecanismo de Integración (Res.276/18-SSS) no se podrán incluir a través del mismo, más de tres meses prestacionales, por lo que NO se recepcionará facturación con una retroactividad superiora tres meses es desde el inicio de la cobertura, sin excepción.

\*Poseer fecha de emisión.

\*Estar correctamente dirigida a la OBRA SOCIAL PARA PERSONAL DE ESTACIONAMIENTO, GARAGE, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO, LAVADEROS AUTOMATICOS Y GOMERIAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA – OSPES, consignando domicilio de nuestra Sede Central – Moreno 2681-CABA. C.P 1094

\*Poseeré IN deCUITdelaObraSocial,30-59633932-4

\*Condición frente a Impuestos "Exento"

\*En el detalle de confirmación de la facturación deberán figurar:

– Nombre y Apellido del beneficiario por el cual se brinda la prestación / servicio, prestación brindada, mes prestacional por el cual se presenta factura.

– Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada.

– Firma y sello del Prestador.

\*En caso de que exista la posibilidad de efectuar re facturación sobre la aplicación de un débito total, el plazo máximo para regularizar los mismos será de 30 días corridos, desde notificados, sea envío de mail o entrega fehaciente de constancia de aplicación de débito, lo que suceda primero.

\*Cuando la prestación secundaria dependa de una prestación principal (Ej. Escuela Especial y Transporte), la misma quedará sujeta a la prosecución del proceso de liquidación hasta que sea entregada de forma completa la facturación de la actividad principal.

\*Las fechas de emisión y la numeración deberán ser correlativas en orden de mes prestacional.

\*Cada facturación junto con el Duplicado de la misma deberá poseer su correspondiente Autorización extendida por la OSPES, Planilla de Asistencia / Constancia de regularidad (MODELO PROVISTO POR OSPES-Form.019Form.020), deberán contar con firma y sello del Profesional actuante independiente de que conste firma y sello de Institución prestadora.

\*Se deberá chequear que la fecha de impresión (que figura al pie del documento) sea anterior a la fecha de emisión del mismo, como así también no poseer errores de impresión.

\*Se deberá presentar Recibo Cancelatorio oficial con un plazo máximo de 30 días corridos, desde realizada la transferencia de pago. Dichos recibos NO podrán ser globales. La recepción de los mismos será mediante el mail: [centralbsasospes@gmail.com](mailto:centralbsasospes@gmail.com) / [jcg1129@hotmail.com](mailto:jcg1129@hotmail.com)

**DOCUMENTACION CONTABLE.**

\*Factura original y duplicado por paciente (Tipo "B" ó "C" únicamente), a nombre de la OBRA SOCIAL PARA PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIOS, GARAGE, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTOS, ETC. – CUITN: 30-59633932-4

En el cuerpo de la misma deberá constar, Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario – Modalidad de prestación brindada (Ed. Especial, CET, Psicología, etc.) – Categoría del Establecimiento, si corresponde –

Tipo de jornada que comprende – Periodo prestacional al que se refiere la prestación – Mes y Año.  
**(Verificar que los datos sean correctos, el contar con datos erróneos, será motivo de rechazo)**

\*En las facturas por Transporte debe constar, Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario – Punto de partida y Punto de destino – Prestación a la que concurre – Periodo prestacional – Mes y Año – Cant. De Km diarios, mensuales, valor por Km, valor total por Km mensuales. En el caso de paciente dependiente, deberán aclarar el incremento (%35) por Dependencia. **(Verificar que los datos sean correctos, el contar con datos erróneos, será motivo de rechazo)**

La recepción de la facturación se realizará de manera mensual desde el 01 de cada mes al día 10 de cada mes, al siguiente mail: [jcg1129@hotmail.com](mailto:jcg1129@hotmail.com) / [centralbsasospes@gmail.com](mailto:centralbsasospes@gmail.com)

Debiendo aclarar en el Asunto: FACTURA "MESXXAÑO2024-AF. XXXX

Y adjuntando a cada factura la AUTORIZACIÓN \*\* Y PLANILLA DE ASISTENCIA \*\*, siendo de carácter obligatorio la presentación de dicha documentación complementaria.

\*\*Autorización: Se envía a los prestadores vía mail, en la misma figura periodo autorizado.

\*\*Planilla de Asistencia: Debe contar con firma y sello original de la Institución / Profesional / Transportista, como así también la firma del beneficiario o adulto responsable.

**"Dado que la recepción es vía mail, NO se recepcionarán mail que ingresen después del día 10. De llegar a recepcionarse "por excepción" tener en cuenta que esa facturación quedara pendiente de carga para el mes siguiente".**

---

<b>CHECK LIST</b>
<b>DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO</b> (La presentación de la misma es válida para todas/os tratamientos/prestaciones).
<b>CUD VIGENTE</b> - Cert. Único de Discapacidad
<b>Copia de DNI de titular y beneficiario</b> (frente y dorso)
<b>Último recibo de Sueldo, pago de Monotributo, Haber Jubilatorio, Cobro de Desempleo, etc.</b>
<b>CODEM</b> – Acreditando la discapacidad del beneficiario
<b>Constancia de Alumno Regular con N° de CUE</b> (Cód. Identificador del Establecimiento)
<b>Nota de NO Escolarización (Form.004)</b> , en caso de corresponder
<b>Resumen de Historia Clínica</b> , realizada por Médico / a Tratante

<b>CHECK LIST</b>
<b>Escuelas. Especiales-CET- Formación <u>Laboral Ctro.</u> de <u>Rehabilitación</u> - Ctro. de Día-Hogar - etc.</b>
<b>Orden médica (Form.002)</b>
<b>Conformidad de la Prestación (Form.007)</b>
<b>Consentimiento Bilateral (Form.008)</b>
<b>Informe Inicial</b> – Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.
<b>Informe Evolutivo</b> – Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)
<b>Informe ambiental</b> – en el caso de requerir CTRO. DE DIA, HOGAR, etc. Firmado y sellado por Trabajador / a Social.
<b>Plan de Abordaje Individual</b> – donde conste periodo, objetivos específicos y estrategias que se utilizan en el abordaje
<b>Presupuesto (Form.005)</b>
<b>F.I.M- (Form.011)</b> Informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición independencia funcional – en caso solicitar Dependencia, confeccionada por el / la Lic. En Terapia Ocupacional y el INFORME DEL PRESTADOR especificando los apoyos que se brindarán conforme al Plan de Abordaje Individual.

<b>Categorization SSSalud / Habilitation</b>
<b>Constancia de CUIT</b> (Inscripción en AFIP)
<b>Planilla de CBU (Form.017) + Comprobante Bancario de CBU</b>

13

<b>CHECK LIST</b>
<b>Prestaciones de Rehabilitación por sesión Estimulación Temprana (Psicopedagogía, Fonoaudiología, Kinesiología, etc)</b>
<b>Orden médica (Form.002)</b>
<b>Conformidad de la Prestación (Form.007)</b>
<b>Consentimiento Bilateral (Form.008)</b>
<b>Planilla de Estimulación Temprana (Form.012)</b> – en caso de corresponder, paciente menor a 4 años.
<b>Informe Inicial</b> – Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.
<b>Informe Evolutivo</b> – Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior.
<b>Plan de Abordaje Individual</b> – donde conste periodo, objetivos específicos y estrategias que se utilizan en el abordaje
<b>Presupuesto (Form.005)</b>
<b>RNP</b> (Registro Nacional de Prestadores)
<b>Título Profesional</b> (frente y dorso)
<b>Matrícula y Copia de DNI</b> (frente y dorso)
<b>Póliza de Seguro vigente</b> (Mala praxis / Responsabilidad Civil)
<b>Constancia de CUIT</b> (Inscripción en AFIP)
<b>Planilla de CBU (Form.017) + Comprobante Bancario de CBU</b>

14

<b>CHECK LIST</b>
<b>Apoyo a la Integración Escolar - Equipo. Maestro/a de Apoyo con Profesionales independientes</b>
<b>Orden médica (Form.002)</b>
<b>Conformidad de la Prestación (Form.007)</b>

<b>Consentimiento Bilateral (Form.010)</b>
<b>Informe Inicial</b> – Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.
<b>Informe Evolutivo</b> – Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)
<b>Plan de Abordaje Individual</b> – donde conste periodo, objetivos específicos y estrategias que se utilizan en el abordaje con <b>Adecuaciones Curricular</b> , en caso de corresponder.
<b>Acta de Acuerdo (Form.013)</b>
<b>Apoyo a la Integración Escolar (Form.014)</b>
<b>Presupuesto (Form.005)</b>
<b>Categorización del Centro - Int.Escolar/Equipo</b>
<b>Título Profesional (frente y dorso)-Maestro/a de Apoyo (Psicopedagogo/a-Maestro/a en Ed. Especial).</b>
<b>Cert. Analítico de Materias- Maestro/a de Apoyo</b>
<b>Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP)</b>
<b>Planilla de CBU (Form.017) + Comprobante Bancario de CBU</b>

15

<b>CHECK LIST</b>
<b>TRANSPORTE</b>
<b>Orden médica (Form.003)</b>
<b>Conformidad de la Prestación (Form.007)</b>
<b>Consentimiento Bilateral (Form.009)</b>
<b>F.I.M - (Form.011) Informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición independencia funcional - en caso solicitar Dependencia, confeccionada por el/la Lic. en Terapia Ocupacional o Médico/a tratante en caso de solicitar Dependencia solo para el Traslado.</b>
<b>Certificación Policial del domicilio particular</b> , en el caso que el traslado supere los 1.500 Km mensuales
<b>Presupuesto (Form.006)</b>
<b>Mapa del recorrido- Google Maps.</b>

<b>H habilitación Municipal vigente</b>
<b>VTV vigente y Póliza de seguro vigente</b>
<b>Licencia de Conducir vigente y DNI</b>
<b>Constancia de CUIT (inscripción en AFIP)</b>
<b>Planilla de CBU (Form.017) + Comprobante Bancario de CBU</b>





Form.001

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre y Apellido del Beneficiario: \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnostico (según indica CUD)\* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicación indicada\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Parámetros actuales funcionales\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evolución del cuadro clínico de base en el último año (fisiátrico - psiquiátrico)\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico/a Tratante

\*Todos los campos son obligatorios.



## SOLICITUD DE PRESTACION

Nombre y Apellido del Beneficiario: \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado : \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Se indica (especificar tratamiento): \_\_\_\_\_

Cant. De Sesiones Semanales: \_\_\_\_\_  
(Terapias-Centros-Est. Temprana)

Dependencia (act. básicas de la vida cotidiana): SI - NO (tachar lo que no corresponda)

Cant. De Horas Semanales: \_\_\_\_\_  
(Mod.Int.Escolar y/o Maestra de Apoyo)

Tipo de Jornada: Simple: \_\_\_\_\_ Doble: \_\_\_\_\_

Periodo Prestacional : Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año : \_\_\_\_\_  
(indicar desde-hasta,mes y año)Diagnostico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Fecha  
(debe ser anterior al periodo solicitado)\_\_\_\_\_  
Firma de Médico/a Tratante



### SOLICITUD DE TRANSPORTE

Nombre y Apellido del Beneficiario: \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Se indica Traslado\* : Desde (*domicilio*): \_\_\_\_\_

Hasta (*domicilio*): \_\_\_\_\_

Dependencia (act. básicas de la vida cotidiana)\*: SI - NO (*tachar lo que no corresponda*)

Justificación Clínica del Traslado\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Justificación Clínica de la Dependencia (en caso de corresponder)\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodo Prestacional\* : Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
(*indicar desde-hasta, mes y año*)

Diagnostico\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

(*debe ser anterior al periodo solicitado*)

\_\_\_\_\_  
**Firma de Médico/a Tratante**

\* Todos los campos son obligatorios.



## NOTA DE NO ESCOLARIZACION

Nombre y Apellido del Beneficiario: \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado: \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente informo que el niño/a (*indicar nombre y apellido del afiliado/a*):

\_\_\_\_\_

No concurre a Institución Educativa alguna debido a (*indicar los motivos*):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abarcando el periodo desde : \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Madre/Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I



Form.005

### PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

*(debe ser anterior al periodo presupuestado)*

Nombre y Apellido del Beneficiario : \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado : \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Razón social del Prestador: \_\_\_\_\_ C.U.I.L/ C.U.I.T: \_\_\_\_\_

Condición frente al I.V.A: \_\_\_\_\_ HBB Nº: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Prestación/Especialidad: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se brinda la prestación: \_\_\_\_\_

*(En el caso de In. Escolar, indicar Nombre y dirección del Est. Educativo)*

Categoría: \_\_\_\_\_ Tipo de Jornada: Simple: \_\_\_\_\_ Doble: \_\_\_\_\_ *(indicar con una X)*

Periodo Prestacional : Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
*(indicar desde-hasta, mes y año)*

Cant.de sesiones semanales: \_\_\_\_\_ Cantidad de sesiones mensuales : \_\_\_\_\_

Monto por sesión: \$ \_\_\_\_\_ Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

#### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horarios (desde-hasta) / Prestación						

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Prestador



### PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

*(debe ser anterior al periodo presupuestado)*

Nombre y Apellido del Beneficiario : \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado : \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Razón social del Prestador: \_\_\_\_\_ C.U.I.L/ C.U.I.T: \_\_\_\_\_

Condición frente al I.V.A: \_\_\_\_\_ IIBB Nº: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Prestación: **TRANSPORTE** Prestación a la que asiste: \_\_\_\_\_

Domicilio de Partida: \_\_\_\_\_

Domicilio de Destino: \_\_\_\_\_

Periodo Prestacional : Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

*(indicar desde-hasta, mes y año)*

Cant. de Km x viaje: \_\_\_\_\_ Cant. de Km x día: \_\_\_\_\_ Cant. de Km. Mensual: \_\_\_\_\_

Valor Km (s/Nom.Nac.): \$ \_\_\_\_\_ Total valor Mensual:\$ \_\_\_\_\_

Dependencia\*: **SI - NO** *(tachar lo que no corresponda)*

*(\*en el caso de corresponder debe adjuntarse Tabla FIM)*

#### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horarios (desde-hasta) / Prestación						

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Prestador



Fecha: \_\_\_\_\_

**CONFORMIDAD DE LA PRESTACION**

Sres.OSRJA

Por medio de la presente, en mi carácter de MADRE- PADRE - TUTOR-TITULAR, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de Prestaciones (indicar el tipo de prestación) de:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Beneficiario: \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado: \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Madre/Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I



## CONSENTIMIENTO BILATERAL DEL TRATAMIENTO

### PROFESIONALES / INSTITUCIONES

#### DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN

Razón social del Prestador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se brinda la prestación: \_\_\_\_\_

Datos de la prestación (según Mecanismo de Integración): \_\_\_\_\_

Prestación/Especialidad según Mecanismo de Integración	Cant.de sesiones	Monto por Sesión	Monto mensual
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Periodo Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

#### Cronograma de Asistencia:

Especialidad/prestación	Lunes Desde-Hasta	Martes Desde-Hasta	Miércoles Desde-Hasta	Jueves Desde-Hasta	Viernes Desde-Hasta	Sábado Desde-Hasta

Por la presente certifico que he explicado las características de la practica que se brinda a:

(indicar nombre y apellido del afiliado y/o familiar) \_\_\_\_\_

Y que se han contestado todas las preguntas surgidas por Padres/Tutor en torno a la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Prestador/Responsable de la Institución.





Por la presente dejo constancia de mi **CONSENTIMIENTO** al Programa de Prestaciones descripto precedentemente a:

Nombre y Apellido del Beneficiario : \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado : \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Madre/Padre/ Tutor/Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Aclaración Y D.N.I

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

*(debe ser anterior al periodo solicitado de la prestación)*

MORENO 2681 CABA OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE ESTACIONAMIENTO, GARAGE, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO, LAVADEROS AUTOMATICOS Y GOMERIAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA.



## CONSENTIMIENTO BILATERAL DE TRANSPORTE

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

*(debe ser anterior al periodo solicitado)*

Por medio de la presente se deja CONSENTIMIENTO a la prestación de transporte que:

\_\_\_\_\_

*(Razón Social ó nombre y apellido del Prestador)*

Brinda a : \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ N°de Afiliado: \_\_\_\_\_

*(Nombre y Apellido del Beneficiario)*

Bajo la modalidad de transporte a: \_\_\_\_\_

*(indicar destino y Prestación/Especialidad)*

De acuerdo al siguiente cronograma.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horario / De: A:						

En el periodo desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

*(indicar desde-hasta, mes y año)*



Domicilio de Partida: \_\_\_\_\_

Domicilio de Destino: \_\_\_\_\_

Dependencia: SI – NO *(tachar lo que no corresponda)*

Cant.de Km por viaje: \_\_\_\_\_ Cant.de viajes por día: \_\_\_\_\_

Importe de Km (s/Nom.Nac): \$ \_\_\_\_\_

Importe diario: \$ \_\_\_\_\_ Total valor Mensual: \$ \_\_\_\_\_

---

**PRESTADOR:**

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Sello**

---

**BENEFICIARIO o REPRESENTANTE:**

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Aclaración y D.N.I**

\_\_\_\_\_

**Vínculo**

MORENO 2681 CABA OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE ESTACIONAMIENTO, GARAGE, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO, LAVADEROS AUTOMATICOS Y GOMERIAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA.



## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

### 1. Alimentación

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente e indique qué medidas se han tomado para superar la situación.

.....

.....

### 2. Aseo personal

Implica lavarse la cara, las manos y los dientes, también peinarse, afeitarse o maquillarse. Indique qué grado de asistencia requiere para realizar estas actividades. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

.....

.....

### 3. Higiene

Implica el aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia y el grado de participación del paciente en su aseo personal.

.....

.....

### 4. Vestido parte superior

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....

.....

### 5. Vestido parte inferior

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....

.....



#### 6. Uso del baño

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

.....

.....

#### 7. Control de intestinos

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo: catéteres o dispositivos de ostomía. Indique la frecuencia de las deposiciones.

.....

.....

#### 8. Control de vejiga

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Indique la frecuencia de las excreciones.

.....

.....

#### 9. Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Indicar el grado de participación del paciente.

.....

.....

#### 10. Transferencia al baño

Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación del paciente.

.....

.....

#### 11. Transferencia a la ducha o bañera

Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

.....

.....



**12. Marcha/silla de ruedas**

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta de pie o propulsar su silla de ruedas.

.....  
.....

**13. Escaleras**

Implica subir o bajar escalones.

.....  
.....

**14. Comprensión**

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: Escritura, gestos, signos, etc.

.....  
.....

**15. Expresión**

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....  
.....

**16. Interacción social**

Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales Y terapéuticas. Describir el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

.....  
.....  
.....  
.....



**17.Resolución de problemas**

Implica resolver problemas cotidianos.

.....  
.....

**18.Memoria**

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

.....  
.....

**Evaluación Institucional**

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles

**Funcionales, neurolocomotores y cognitivos del paciente.**

.....  
.....  
.....  
.....



### Tabla de puntuación de niveles de Independencia Funcional

A continuación detallamos la escala que deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente.

ESCALA	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6
Solo requiere supervisión.No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia.Paciente aporta 75% ó más.	4
Requiere asistencia moderada.Paciente aporta 50% ó más	3
Requiere asistencia máxima.Paciente aporta 25% ó más.	2
Requiere asistencia total.Paciente aporta menos del 25%	1

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	<b>Autocuidado</b>	
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
	<b>Control de esfínteres</b>	
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
	<b>Transferencias</b>	
9	Transferencia a la cama,silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
	<b>Locomoción</b>	
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
	<b>Comunicación</b>	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	<b>Conexión</b>	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
	<b>Puntaje FIM total</b>	

Fecha

Firma y sello del Terapista ocupacional y/o médico/a tratante





## ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre y Apellido del Beneficiario : \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado : \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Listado de profesionales intervinientes.

A continuación detallamos los profesionales que participan en el tratamiento de Estimulación Temprana.

#### MEDICO PEDIATRA O NEUROLOGO INFANTIL

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Especialización: \_\_\_\_\_

#### PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Título de grado: \_\_\_\_\_ Especialización en Est. Temprana: \_\_\_\_\_

#### SI PARTICIPA ALGÚN OTRO PROFESIONAL, ACLARARLO

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Función: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Asimismo indicamos que la facturación estará a cargo de: \_\_\_\_\_ C.U.I.T: \_\_\_\_\_

Adjuntamos a esta nota nuestros títulos universitarios e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores y en el caso del profesional que brinda Estimulación Temprana, su título de especialización.

#### Firma y sello de los profesionales intervinientes:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_



### ACTA DE ACUERDO DE INTEGRACION 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 domicilio sito en ..... Representada por .....la Maestra/o de apoyo que llevara a cabo la Integración, el Equipo de apoyo a la Integración Escolar representado por..... Y la familia del niño/a .....con D.N.I..... Para llevar a cabo la Integración del niño/a en el año/sala..... Turno.....ciclo lectivo 2024.  
Nombre del profesional a cargo de la actividad áulica.....

#### CRONOGRAMA-HORARIOS DE ASISTENCIA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios (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, clasificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- \* Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.
- \* El cumplimiento de la carga horaria establecida en Marco Básico de Organización para personas con Discapacidad (Res.1328/06-MS).



**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/la niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por:

- \*Incumplimiento de los ítems mencionados UT-supra.
- \*Falta de progreso significativo en el aprendizaje.
- \*Modificaciones importantes en la conducta.
- \*Detectarse incumplimiento en la asistencia del profesional declarado para el acompañamiento áulico y toda vez que este sea reemplazado por otro profesional no declarado.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

del Representante de la Escuela

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Madre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Profesional/Institución

que brinda el Apoyo

MORENO 2681 CABA OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE ESTACIONAMIENTO, GARAGE, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO, LAVADEROS AUTOMATICOS Y GOMERIAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA.



## APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

Nombre y Apellido del Beneficiario : \_\_\_\_\_

N.º de Afiliado : \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Listado de profesionales intervinientes.

A continuación detallamos los profesionales que participan en el proyecto de Integración Escolar.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Función: Docente integrador/a | Supervisor/a | Coordinador/a | Otro/a: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Función: Docente integrador/a | Supervisor/a | Coordinador/a | Otro/a: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Función: Docente integrador/a | Supervisor/a | Coordinador/a | Otro/a: \_\_\_\_\_

Asimismo indicamos que la facturación estará a cargo de: \_\_\_\_\_

C.U.I.T: \_\_\_\_\_

Adjuntamos a este listado los títulos universitarios e Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (según corresponda).

*Si los profesionales intervinientes fueran más de 3, imprimir otra copia del presente formulario.*

### Firma y sello de los profesionales intervinientes:

1.....

2.....

3.....



## NOTA POR BAJA DE PRESTACION

Fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, solicito la baja de la prestación de: \_\_\_\_\_,

*(indicar prestación por Ej: 'Psicología')*

A cargo de: \_\_\_\_\_

*(indicar Nombre y Apellido del profesional o Institución)*

Para el afiliado: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

A partir del mes de : \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Debido a *(comentar los motivos)*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de Madre/Padre o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**

\_\_\_\_\_  
**D.N.I**



## NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente, solicito cambio de prestador de: \_\_\_\_\_

*(indicar prestación, por ejemplo: 'Psicología')*

Para el afiliado: \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_

A partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, quien dejará de asistir con

*(indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistía)* \_\_\_\_\_

y comenzará a asistir con *(indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistirá)*

\_\_\_\_\_ a partir del mes de: \_\_\_\_\_ del año: \_\_\_\_\_

El motivo del cambio *(detallar motivos del cambio de prestador)*:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de Madre/Padre o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**

\_\_\_\_\_  
**D.N.I**



## PLANILLA DE DATOS DEL PROFESIONAL / INSTITUCION (CBU)

Razón Social / Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

N° de C.U.I.T.: \_\_\_\_\_ IIBB: \_\_\_\_\_

BANCO: \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_ N° de Cuenta: \_\_\_\_\_

N° de CBU: \_\_\_\_\_ (debe contar con 22 dígitos)

Alias: \_\_\_\_\_

**Condición frente al valor agregado (IVA): (marcar con X según corresponda)**

Responsable Inscripto	<input type="checkbox"/>	Responsable No inscripto	<input type="checkbox"/>
No Responsable	<input type="checkbox"/>	Monotributista	<input type="checkbox"/>
Exento	<input type="checkbox"/>	Consumidor Final	<input type="checkbox"/>

*\*Si es exento deberá adjuntar la copia de constancia de exención.*

*\*Si es monotributista deberá adjuntar copia de formulario de inscripción.*

### Aclaraciones:

\*Los pagos se realizarán exclusivamente por transferencia bancaria al CBU informado.

\*Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada.

\*La entrega del Recibo oficial (Recibo X), es de carácter obligatorio, deberán enviarlo a:

**Jcg1129@hotmail.com**, con un plazo máximo de 30 días desde realizada la transferencia.

\*Al presente formulario se deberá adjuntar el comprobante de consulta de CBU, emitido por la Entidad Bancaria.

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

Aclaración /Sello: \_\_\_\_\_



## SOLICITUD DE CAMBIO DE CBU/N° DE CUENTA

Fecha: \_\_\_\_\_

En mi carácter de prestador (*indicar Razón Social/Nombre y Apellido*): \_\_\_\_\_

C.U.I.T. N°: \_\_\_\_\_, de la OSRJA . Informo cambio de N° de CBU/Cuenta Bancaria a partir del presente, siendo los nuevos datos los que mediante Planilla de CBU (Form.017) anexo al presente y declaro mediante comprobante de Entidad Bancaria que acompaño.

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

Aclaración/Sello: \_\_\_\_\_





## PLANILLA DE ASISTENCIA - PRESTACION

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

MES Y AÑO PRESTACIONAL: \_\_\_\_\_

PRESTACION A LA QUE ASISTE: \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año)	Firma y aclaración de Beneficiario ó adulto Responsable	Fecha (día-mes-año)	Firma y aclaración de Beneficiario ó adulto Responsable

*\*Aclaración: En cada renglón deben indicar fecha y firma por cada día asistido.*

\_\_\_\_\_

Firma y sello Institución/Profesional



## PLANILLA DE ASISTENCIA - TRANSPORTE

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

MES Y AÑO PRESTACIONAL: \_\_\_\_\_

PRESTACION A LA QUE ASISTE: \_\_\_\_\_

RAZON SOCIAL DEL TRANSPORTISTA: \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año)	Firma y aclaración de Beneficiario ó adulto Responsable	Fecha (día-mes-año)	Firma y aclaración de Beneficiario ó adulto Responsable

*\*Aclaración: En cada renglón deben indicar fecha y firma por cada día asistido.*

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Transportista.