



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

Lineamientos generales del manual

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

¿Qué contiene el manual?

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

¿A dónde debo enviar la documentación requerida?

La documentación del manual deberá enviarse al área a discapacidad@osdepym.com.ar o interiordiscapacidad@osdepym.com.ar detallando en el asunto NOMBRE, APELLIDO y DNI del afiliado con CUD por el cual se gestiona el envío. Sugerimos además si existe más de una prestación, enviar un mail por cada una detallando el nombre de la prestación. Ej.: Juan Gómez DNI 11.111.111 – FONOAUDIOLOGÍA

¿En qué formato se aceptará la documentación?

Sólo se acepta formato PDF. No se permite el envío de links de drive, OneDrive, icloud, etc. Debido a requerimientos de seguridad informática.

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

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

¿Qué gestión realizamos desde la obra social?

Cada solicitud se analizará y se autorizará desde la Obra Social, desde el Sector de Discapacidad en Casa Central, una vez que se haya presentado toda la documentación en forma completa, y a posterior de la evaluación del equipo Interdisciplinario de Discapacidad de la Obra Social. Si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos médicos o establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación. En ningún caso la recepción de la documentación implica la renovación de la autorización por la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del área de Discapacidad y tiene un tiempo de gestión mínimo de 30 días desde recibida la documentación vía email. Una vez finalizada la gestión, se informarán los faltantes o la propia autorización por sistema automático por medio de un email.

Normas de autorización de la Obra Social

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

Normas de autorización de la Obra Social

- Las facturas deben cargarse en la web de la Obra Social dentro de los 10 días posteriores al fin de mes en que se brindó la prestación. No se liquidarán facturas presentadas fuera de término, ni aquellas que no hayan sido cargadas según se indica en instructivo de facturación. * Ver capítulo Instructivo de Facturación.
- Solo se recibirán facturas con fecha de emisión, que no superen los 30 días al momento de la carga en la plataforma de liquidaciones. * Ver capítulo Instructivo de Facturación.
- En el Régimen del Monotributo, el estricto cumplimiento de los pagos mensuales es condición obligatoria para recibir la cobertura correspondiente. Ante la ausencia de los mismos, se procede a la inmediata suspensión de las prestaciones autorizadas.
- No se dará curso a todo tratamiento que no tenga evidencia científica por la OMS y/o que no figure en el Nomenclador Básico para Personas con Discapacidad. • Cada seis meses todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar y enviar un informe semestral de Evaluación/Evolución del paciente. Al finalizar el período autorizado todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar un informe final con la evolución y estado actual del beneficiario.
- Toda alteración o falta de autenticidad de la documentación solicitada, será derivada al Departamento de Asuntos Legales de la Obra Social para su intervención.
- Se deja a disposición la cartilla de prestadores habilitados para la atención de personas con Discapacidad, de la Obra Social.
- Las prestaciones y prestadores que se autoricen para el tratamiento anual por la Obra Social deberán estar en la zona según, cercanía del domicilio declarada en la Obra Social de la Persona con discapacidad.

Tips para el acceso a Prestaciones

PASO 1

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

PASO 2

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

PASO 3

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

PASO 4

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



Equipo Interdisciplinario

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

Su función es evaluar, orientar y prescribir el tratamiento adecuado, acompañando la demanda prestacional de la persona con discapacidad con el objetivo de lograr su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, otorgando a la familia la contención necesaria.

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

Debe solicitar la entrevista anual, con previa autorización y derivación de la Obra Social.

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

Luego de la autorización para acceder a la entrevista del equipo deberá comunicarse con INCLUIR, donde se le asignará una entrevista indicando día y horario:

EQUIPO INCLUIR

Tel.: 4583-1273 / 11 3765 9159

Mail: incluir@redincluir.com

Dirección: Av. Rivadavia 1523 2° "A", CABA, Buenos Aires, Argentina.

Detalle para la solicitud de prestaciones 2025

DEL BENEFICIARIO:

¿QUÉ TENGO QUE HACER?

¿CÓMO LO HAGO?

CERTIFICADO
DE DISCAPACIDAD VIGENTE

Presentar el certificado
de discapacidad o la prórroga.

ENTREVISTA
CON EL EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO

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

BÚSQUEDA DE
PROFESIONALES

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

ENTREGA DE
DOCUMENTACIÓN

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

AUTORIZACIONES
DE LAS PRESTACIONES

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

Detalle para la solicitud de prestaciones 2025

DEL PRESTADOR:

¿QUÉ TENGO QUE HACER?

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

¿CÓMO LO HAGO?

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

DOCUMENTACIÓN

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

IMPORTANTE!!!

- ▶ TODA DOCUMENTACIÓN DEBE TENER FECHA DE EMISIÓN ANTERIOR A LA PRIMERA FACTURA A PRESENTAR.
- ▶ SOLO SE ACEPTAN FIRMAS OLÓGRAFAS O DIGITALES, NO CORTADAS Y PEGADAS.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

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

AUTORIZACIÓN

La autorización les llega por mail, en la misma verán reflejada la prestación autorizada, el/la profesional, la cantidad de sesiones y el período. **IMPORTANTE!!!** Verificar la autorización, ya que luego no se aceptarán futuros reclamos.

CARGA DE FACTURAS

Una vez que reciban la autorización, están habilitados a la carga de facturas en nuestra plataforma. En este instructivo encontrará un manual del procedimiento y el mail correspondiente al cual comunicarse por facturación.

Documentación a presentar

*Según Resolución 1743/24 de la Superintendencia de Servicios de Salud: "La documentación deberá ser firmada en forma ológrafa y se enviará a través de un archivo escaneada, por medios digitales en formato PDF".

Recuerde: Lo solicitado en este instructivo debe ser enviado a la Obra Social OSDEPYM u OSTVLA por e-mail, al área de Discapacidad Casa Central a la siguiente casilla de mail: discapacidad@osdepym.com.ar y/o interiordiscapacidad@osdepym.com.ar

Documentación personal del afiliado

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

- Formulario de datos personales del afiliado *Formulario N° 01
- Copia de DNI, ambos lados del titular.
- Copia de DNI del beneficiario que recibe la prestación.
- Constancia de Cuil de Anses de ambos. <https://www.anses.gob.ar/consulta/constancia-de-cuil>
- Copia VIGENTE del CUD y en caso de estar vencida la prórroga, enviar el renovado según Ley N° 22.431.
- Copia de Último recibo de sueldo del titular en caso de aportar por relación de dependencia.
- Copia de los últimos 6 comprobantes de pagos del Monotributo, previos a iniciar el tratamiento.

Documentación terapias de rehabilitación

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

Instituciones

- Constancia de alumno regular 2025 (en caso de asistir a institución educativa)
- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo de cierre 2024, de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.

Documentación terapias de rehabilitación

Instituciones

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

Profesionales individuales / Prestaciones de apoyo.

- Constancia de alumno regular 2025 (en caso de asistir a una institución educativa).
- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el 2025 firmado y sellado por el/la profesional, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo de cierre 2024, de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de la prestación, firmado y sellado por el/la profesional.
- Registro Nacional de Prestadores - RNP vigente de/la profesional.
- Matrícula profesional.
- Título doble faz del profesional.
- DNI ambos lados del profesional.
- Constancia de AFIP del profesional.
- Constancia bancaria de CBU del profesional.
- Alta de proveedores firmado y sellado por él/la profesional Formulario N° 09.

Estimulación temprana

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

- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Inscripción de las Instituciones en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud según Anexo VI de la RES Nro 789/09 del Ministerio de Salud (no se aceptarán Instituciones con Inscripción Anexo I).
- Categorización de Instituciones en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador.
- Informe evolutivo de cierre 2024 , de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de la prestación, firmado y sellado por el/la profesional.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de AFIP del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.

Apoyo a la integración escolar en equipo

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

- Constancia de Alumno Regular – ciclo lectivo fecha marzo/25.
- Acta de acuerdo firmada por la escuela, el prestador y la familia Formulario N° 05.
- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo de cierre 2024 , de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Inscripción de las Instituciones en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud según Anexo VI de la RES Nro 789/09 del Ministerio de Salud (no se aceptarán Instituciones con Inscripción Anexo I).
- Categorización de Instituciones en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador
- Habilitación del centro vigente
- Póliza de seguro del centro vigente
- Constancia de AFIP del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09

Módulo maestra de apoyo y por hora

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

- Constancia de Alumno Regular - ciclo lectivo fecha marzo/25
- Acta de acuerdo firmada por la escuela, el prestador y la familia Formulario N° 05
- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Informe evolutivo de cierre 2024 , de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Registro Nacional de Prestadores - RNP vigente de/la profesional (si corresponde según el título)
- Matrícula Profesional (si corresponde según el título)
- Título doble faz del profesional
- DNI ambos lados del profesional
- Constancia de AFIP del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09

Firma y Sello del Prestador

Aclaración

DNI

N° de Matrícula

Centro Educativo Terapéutico

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

- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo de cierre 2024 , de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Inscripción de las Instituciones en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud según Anexo VI de la RES Nro 789/09 del Ministerio de Salud (no se aceptarán Instituciones con Inscripción Anexo I)
- Categorización de Instituciones en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador
- Habilitación del centro vigente
- Póliza de seguro del centro
- Constancia de Afip del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09

Escuela Especial – Pre Primaria – Primaria – EGB

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

- Constancia de Alumno Regular.
- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo de cierre 2024 , de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Inscripción de las Instituciones en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud según Anexo VI de la RES Nro 789/09 del Ministerio de Salud (no se aceptarán Instituciones con Inscripción Anexo I)
- Categorización de Instituciones en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador
- Habilitación del centro vigente
- Póliza de seguro del centro
- Constancia de AFIP del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09

Escuela Especial - Formación laboral

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

- Constancia de Alumno Regular.
- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo de cierre 2024 , de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Inscripción de las Instituciones en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud según Anexo VI de la RES Nro 789/09 del Ministerio de Salud (no se aceptarán Instituciones con Inscripción Anexo I).
- Categorización de Instituciones en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de Seguro del centro.
- Constancia de AFIP del prestador .
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.

Centro de Día

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

- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo de cierre 2024 , de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Inscripción de las Instituciones en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud según Anexo VI de la RES Nro 789/09 del Ministerio de Salud (no se aceptarán Instituciones con Inscripción Anexo I).

Centro de Día

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

Documentación prestaciones asistenciales

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

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

- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 02.
- Presupuesto 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 06.
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo de cierre 2024 , de cada prestación recibida, firmado y sellado por el prestador.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Inscripción de las Instituciones en el Registro Nacional de Prestadores por la Superintendencia de Servicios de Salud según Anexo VI de la RES Nro 789/09 del Ministerio de Salud (no se aceptarán Instituciones con Inscripción Anexo I).
- Categorización de Instituciones en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de AFIP del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09.

Transporte

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

- Constancia de alumno regular 2025(En caso de asistir a institución educativa).
- Conformidad 2025 completa y firmada por la familia Formulario N° 03.
- Presupuesto 2025 Transporte firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento Formulario N° 08.
- Declaración Jurada de NO POSESIÓN DE VEHÍCULO FRANQUICIADO según Ley 19279 Formulario N° 07
- Impresión del recorridos según destino por Google MAP
- Licencia de conducir del chofer vigente
- DNI ambos lados del chofer
- VTV vehicular vigente
- Habilitación vigente
- Seguro vehicular vigente
- Constancia de AFIP del prestador
- Constancia bancaria de CBU del prestador
- Alta de proveedores firmado y sellado por el prestador Formulario N° 09
- Cabe aclarar que a cobertura del transporte será evaluada especialmente por el Equipo Interdisciplinario y la condición del diagnóstico de la persona con Discapacidad.



Formularios

Formulario N° 01 – Datos personales

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO QUE RECIBE PRESTACIONES:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:

TELÉFONO PARTICULAR:

CEL:

TELÉFONO ALTERNATIVO (INDICAR A QUIÉN PERTENECE):

MAIL:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

GRUPO FAMILIAR (INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y VÍNCULO):

OTROS:



Formulario N° 02 - Consentimiento

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AÑO 2025 - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 1743/24 SSS/MS

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado o DNI:

Yo _____ con Documento Tipo (____) N° _____,

doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación _____

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2025.

Prestación _____

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2025.

Prestación _____

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2025.

Prestación _____

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____ 2025.

Firma: _____ Aclaración: _____

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

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

Firma: _____ Aclaración: _____ Documento: _____

Lugar y fecha: _____



Formulario N° 03 - Consentimiento transporte

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSPORTE AÑO 2025 - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 1743/24 SSS

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado o DNI: _____

Yo _____ con Documento Tipo (____) N° _____,

doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período

desde _____ Hasta _____ 2025.

Firma: _____ Aclaración: _____

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

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

Firma: _____ Aclaración: _____ Documento: _____

Lugar y fecha: _____

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



Formulario N° 04 - Nota de cambio / baja

MODELO DE NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR / BAJA DE PRESTADOR

Fecha: ____ / ____ / ____

Sres. (Obra social)

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

Nuevo prestador: _____

Prestación: _____

Mes de Inicio: _____ 2025.

Se deja constancia de la baja del prestador _____ quien prestó el servicio hasta el mes de _____ 2025.

Observaciones: _____

Firma del Afiliado/Representante*: _____

*En caso de ser el representante, detallar parentesco

Aclaración: _____

DNI: _____



Formulario N° 05 - Acta acuerdo

ACTA DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

A los _____ días del mes de _____ de _____, en la localidad de _____ Buenos Aires, se reúnen _____

Para acordar los siguientes aspectos del niño/a _____

DNI _____ socio de la obra social _____

N° de afiliado _____

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

_____ en la franja horaria desde _____ hasta _____

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

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

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

Promover estrategias con el fin de generar mayor nivel de atención.

La totalidad de los honorarios del Módulo de equipo Integrador y/o profesional destinado al caso es solventada directamente por la O. Social con los valores establecidos y en cumplimiento de la

Resol. Vigente N° _____ según el nomenclador básico para las personas con Discapacidad del niño/a acompañar.

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

A los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma Padre /Tutor

Firma Integrador

Firma Resp. Escuela



Formulario N° 06 - Presupuesto

PRESUPUESTO INSTITUCIONES Y/O PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Fecha: ____ / ____ / ____

Señores (Obra Social) _____

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2025.

Afiliado _____ DNI: _____

Modalidad (virtual/presencial): _____

Período solicitado: _____ 2025 hasta _____ 2025.

Cantidad de sesiones semanales _____ Cantidad de sesiones mensuales _____

Valor de la sesión según Resol. Vigente _____ Monto mensual _____

Especificar con una X en caso de corresponder: _____

Jornada Simple ☐ Jornada Doble ☐ Incluye dependencia ☐

Aclaraciones: _____

Almuerzo (marcar con círculo): SI NO

Especialidad /Prestación: _____

Prestador (Razón Social) _____ Categoría: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	DE _____	DE _____	DE _____	DE _____	DE _____	DE _____
	A _____	A _____	A _____	A _____	A _____	A _____

Teléfono: _____ N° de CUIT: _____

E-Mail: _____ Domicilio _____

Firma y sello del Prestador

Aclaración / DNI /



Formulario N° 07 – Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA DE NO POSESIÓN DE VEHÍCULO FRANQUICIADO

Fecha: ____ / ____ / ____

Señores Obra Social: _____

De nuestra mayor consideración:

Por la presente, yo requiero del Sistema Único de Reintegro, doy conformidad que NO poseo vehículo adquirido por franquicia otorgada por el Servicio Nacional de Rehabilitación estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificaciones para la PERSONA con DISCAPACIDAD.

Sin más, saludo a Uds. atte.

Firma del Padre, Madre o Tutor: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Formulario N° 08 - Presupuesto transporte

MODELO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha: ____ / ____ / ____

Señores (Obra Social) Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2025.

Afiliado _____ DNI: _____

Período solicitado: _____ 2025 hasta _____ 2025.

Compañía de Seguro: _____ Póliza N°: _____

Total km mensuales _____ Valor del km _____ Monto mensual _____

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

Diagrama de traslados: _____

DIAGRAMA DE TRASLADOS:					
Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
HORARIO					

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (MARCAR CON UNA CRUZ LOS DÍAS DE TRASLADO)						
Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Prestador (Razón social): _____

CUIT: _____ Teléfono: _____

Mail: _____ Domicilio: _____

Firma y sello del Prestador

Aclaración / DNI



Formulario N° 09 - Alta de proveedores

ALTA DE PROVEEDORES

DATOS INSTITUCIONALES

Razón social: _____

Domicilio _____

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

Localidad _____

CP: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

N° de inscripción en la SSSalud: _____

DATOS IMPOSITIVOS

CUIT: _____

Razón social: _____

Condición respecto del IVA: Exento _____

Inscripto

Monotributo

Condición respecto de Ganancias: Exento

No exento

Condición respecto a Ingresos Brutos: Local

Convenio multilateral

Régimen simplificado

Exento

N° de Inscripción en Ingresos Brutos: _____

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

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

Tipo de Prestación: Turismo Centro médico Otro Discapacidad

Especificar _____

DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE PAGOS / TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA*

Denominación de la cuenta: _____

CUIT del titular de la cuenta: _____

Cheque a nombre de: _____

Banco con el que opera: _____

N° de Sucursal del Banco: _____

Tipo de cuenta: Cuenta Corriente _____ Caja de Ahorro _____

N° de Cuenta: _____

CBU de la Cuenta: _____

E-mail institucional para avisos de pagos: _____

*Adjuntar constancia de CBU

Firma

Aclaración

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

Check list autogestión

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

Documentación Personal

☐	Certificado único de discapacidad (vigente)	☐	CUIL titular y beneficiario
☐	DNI Titular y beneficiario	☐	Recibo o pago monotributo
☐	Formulario datos personales	☐	Conformidad firmada

Equipo interdisciplinario

☐	Fecha del turno	☐	
--------------------------	-----------------	--------------------------	--

Documentación Personal

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

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

☐	Acta acuerdo firmada	☐	Adecuación curricular
☐	Constancia de alumno regular	☐	Título y analítico (maestra)

Transporte

☐	Conformidad transporte	☐	VTV vigente
☐	Presupuesto con detalle del diagrama	☐	Licencia de conducir vigente
☐	Mapa de recorrido	☐	Póliza de seguro vigente
☐	Habilitación	☐	Constancia AFIP
☐	Dj no posesión de vehículo con franquicia	☐	Alta de proveedores y CBU

Check list autogestión

Descripción de las prestaciones

TERAPIAS DE REHABILITACIÓN reconocidas por la Obra Social:

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

Prestaciones de apoyo / terapias individuales

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

Esta prestación se recomienda realizarla en los centros de rehabilitación que trabajan interdisciplinariamente categorizados para estos fines en la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (ANDIS).

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

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

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

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

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

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



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

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

El equipo de apoyo técnico especializado deberá articular y coordinar su accionar, con el equipo docente, profesional de la escuela común donde el niño concurra y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio deberá brindarse por módulo como mínimo 32 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional.

Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en ANDIS para tal fin Modulo Integración Escolar - Equipo.

Módulo Maestro de apoyo o Maestra de apoyo por hora

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común, EXCLUSIVAMENTE por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES.

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente).

El módulo de Maestro/a de Apoyo implica una carga horaria de 20hs. Semanales como mínimo. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

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

Se entiende por Centro Educativo Terapéutico a aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

Estas metodologías pueden incorporar, reformulados pedagógicamente, recursos extraídos del campo terapéutico; por lo que el equipo profesional que las investigue, produzca y aplique, tendrá una composición y conformación que permita ese abordaje.



Educación Especial Nivel Inicial – Nivel EGB (sólo centros categorizados por la ANDIS)

NIVEL INICIAL (sólo para centros categorizados por la ANDIS)

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

NIVEL EGB (sólo para centros categorizados por la ANDIS)

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

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

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo

Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

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

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

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

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de auto valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

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



Transporte (sólo en prestadores habilitados)

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

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



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



Estimado prestador:

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

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

Los prestadores, sin excepción, deberán presentar anualmente, junto con la documentación de solicitud prestacional, el formulario de ALTA DE PROVEEDORES (Formulario N° 9) completo. La no presentación no habilitará el pago de las prestaciones.

Link: <https://docs.google.com/document/d/1aPt88BTi45-TQxdwAH6h4UUTr69MMmVO/edit#heading=h.gjdgxs>

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

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

Para solicitar información sobre PAGOS: Citar CUIT y N° de facturas y períodos
FACTURAS OSDEPYM pagos@osdepym.com.ar
FACTURAS OSTVLA ostvla-pagos@osdepym.com.ar / integracion@tecnicosdevuelo.org.ar

Es condición obligatoria el envío del recibo x luego de recibir el pago de cada factura se debe enviar a recibos@osdepym.com.ar / integracion@tecnicosdevuelo.org.ar

FACTURAS OSDE: Con respecto al pago de las facturas se debe consultar directamente con OSDE, gestionando usuario y contraseña a través del LINK que se detalla.

<https://docs.google.com/presentation/d/1v18tRKEepjZykwrYB7eMu2-d8NiSx9jp/edit#slide=id.p7>

Para obtener usuario y contraseña se debe enviar un mail a: ctasapagar-integracion@osde.com.ar
Asunto del mail OSTVLA- CUIT DEL PRESTADOR/A XX-XXXXXXX-X (+ la referencia del caso.
ej. "Blanqueo de clave")

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

Contenidos de facturación

Las facturas deben confeccionarse a nombre de la Obra Social a la cual pertenezca el afiliado según figura en la autorización emitida. Consultar en qué Obra Social se encuentra según Padrón de la SSS mediante el siguiente Link:

https://www.sssalud.gob.ar/index.php?b_publica=Acceso+P%C3%BAblico&user=GRAL&page=bus650

Deben especificar de forma clara y precisa:

- Obra social con su número de CUIT, dirección, localidad datos impositivos (condición de IVA)
- Nombre, apellido y DNI de quien recibe la prestación;
- Tipo de prestación, sesiones semanales brindadas, cantidad de sesiones mensuales y período facturado.

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

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

Es de condición obligatoria

- La presentación de la planilla de asistencia adjunta a cada factura
- Orden de pago



Datos de las obras sociales

IMPORTANTE: DATOS PARA LA FACTURACIÓN
“Las prestaciones de Discapacidad no incluyen IVA”

OSDEPYM:

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

OSTVLA:

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

OSDE:

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

Información sobre facturación

ATENCIÓN:

Estimados/as prestadores

Todo prestador deberá cargar su factura junto a la Planilla de Asistencia (se adjunta modelo), del 01 al 10 de cada mes, a través de nuestra página web www.osdepym.com.ar.

Con su usuario, puede cargarlas ingresando en este link **INGRESE AQUÍ**.

<http://www.osdepym.com.ar/cas/login?service=http://www.osdepym.com.ar/facturas-web/shiro-cas&main=/discapacidad/precargaFacturas.action&customViewParam=precargaFacturasPrestador>

Si se encuentra ya registrado, debe ingresar con su usuario (CUIT) y contraseña (los últimos cuatro dígitos del cuit).

Si por algún motivo no puede loguearse, no se encuentra de Alta en la OOSS o se registró con otro correo electrónico, debe enviar un correo a prestadoresdiscapacidad@osdepym.com.ar y esperar respuesta.

Si cambió la contraseña y no lo recuerda, deberá resetear la clave ingresando en este LINK

<http://www.osdepym.com.ar/facturas-web/discapacidad/forget.action>

Cabe aclarar que no se reciben facturas por correo electrónico.

Aquellas facturas cargadas fuera del plazo de Mecanismo de Integración serán anuladas, por estar vencidas y la SSSALUD no las abona.

(<https://www.google.com/search?q=Resoluci%C3%B3n+1743%2F2024&oq=Resoluci%C3%B3n+1743%2F2024&aqs=chrome..69i57j33i160l4.1499j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>)

No se procesarán facturas manuales cuyo CAI no tenga la validación on line de la página de AFIP. Asimismo, las facturas manuales sin CAI, deberán tener adjunta la constancia del régimen informativo de comprobante en existencia.

Los recibos de pagos deben especificar las retenciones efectuadas, débitos o créditos y tipo de pago (si es cheque número y banco).

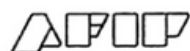
Los recibos X, deben enviarse a: recibos@osdepym.com.ar / integracion@tecnicosdevuelo.org.ar

En caso de realizar enmiendas, deben ser salvadas de forma legible, firmada y sellada.

Las facturas deberán tener una fecha de emisión de un máximo de 30 días del mes en curso en el que se realiza la carga en la plataforma.

Ejemplo de Factura

ORIGINAL							
Razón Social: XXXX Domicilio Comercial: XXXX Condición frente al IVA: Responsable Monotributo				C COD. 011 FACTURA Punto de Venta: 00002 Comp. Nro: 0000 Fecha de Emisión: 06/09/2021 CUIT: XXXX Ingresos Brutos: XXXX Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2006			
Período Facturado Desde: 01/08/2021 Hasta: 31/08/2021 Fecha de Vto. para el pago: 07/09/2021							
CUIT: XXXX Apellido y Nombre / Razón Social: XXXXXXXXXXXXX Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento Domicilio: XXXX Condición de venta: Otra							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
	Honorarios profesionales correspondientes a la prestación Kinesiología para discapacidad a la paciente DNI en el mes de Agosto 2021.	12,00	unidades	XXXX	0,00	0,00	XXXX
Subtotal: \$							XXXX
Importe Otros Tributos: \$							0,00
Importe Total: \$							XXXX



Comprobante Autorizado

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

Pág. 1/1

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

Planillas de asistencia

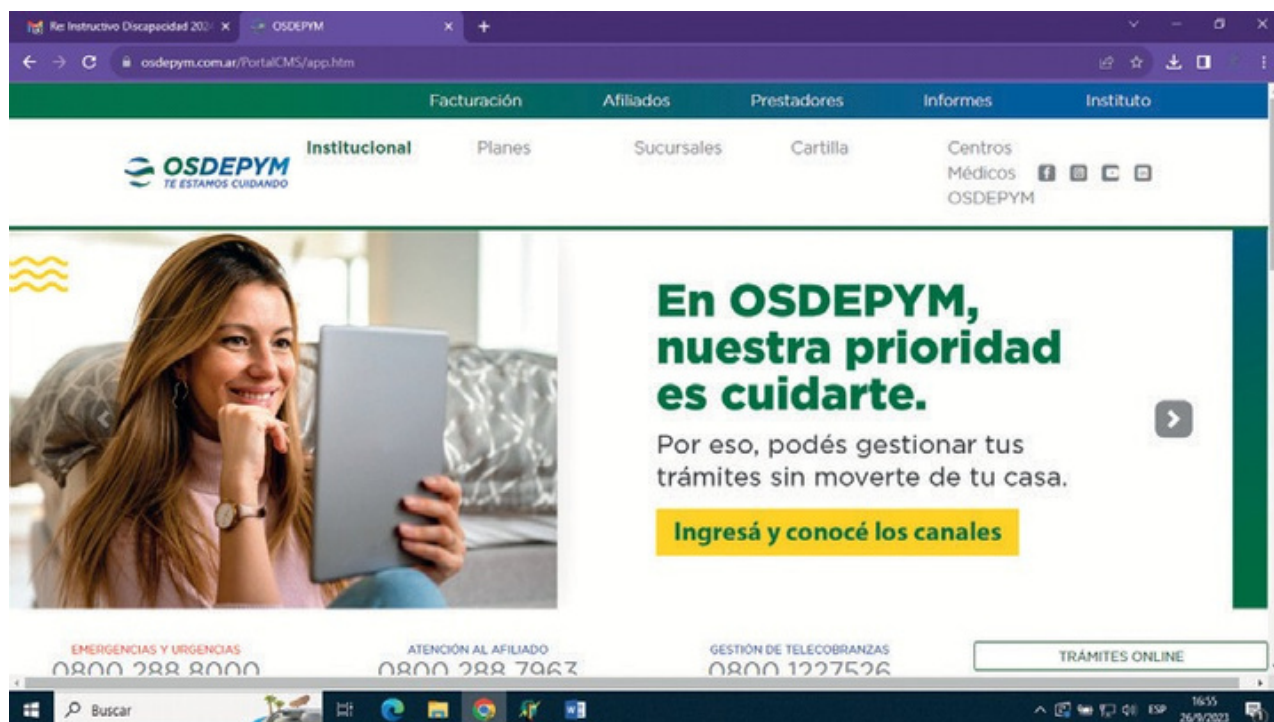
Documentación complementaria y obligatoria para la aprobación de las facturas a presentar.
No se podrá dar curso a la factura sin Planilla de Asistencias firmada por ambas partes

Planilla de asistencia - Sesiones en consultorio y/o domicilio con profesionales independientes					Nombre y Apellido del Paciente:			
					MES:			
Fecha (día, mes y año)	Horario (desde/hasta)	Domicilio donde se realiza la práctica profesional	Firma y sello del Profesional actuante	Especialidad	Traslado		Firma del padre, madre, tutor, encargado, etc.	Aclaración de Firma
					¿Quién llevó al paciente?	¿Quién lo retiró?		

Control de asistencia a Instituciones (Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Escuelas, Centros de Rehabilitación, etc.)								
Nombre y Apellido del Paciente:								
Fecha (día, mes y año)	Horario (desde/hasta)	Nombre de la Institución, categoría, tipo de prestación, etc.	Domicilio donde se realiza la práctica profesional	Firma y sello de la Autoridad de la Institución	Traslado		Firma del padre, madre, tutor, encargado, etc.	Aclaración de Firma
					¿Quién llevó al paciente?	¿Quién lo retiró?		

Manual de usuario plataforma de prestadores de discapacidad

Carga de facturas plataforma web



1 INGRESO AL PORTAL

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

<http://www.osdepym.com.ar/cas/login?service=http://www.osdepym.com.ar/facturas-web/shiro-cas&main=/discapacidad/precargaFacturas.action&customViewParam=precargaFacturasPrestador>

2 LOGIN

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

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

IMPORTANTE: Si usted ya posee usuario de factura electrónica, debe usar los datos de ese mismo sistema. Ambos sistemas comparten los datos de clave y correo.



3 PANTALLA PRINCIPAL DE FACTURAS

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

Facturas Datos Varios Salir del Sistema

Fecha Desde:
 Fecha Hasta:
 Ver

Letra	Numero	Fecha	Otra Social	Otro Afiliado	Aporte	Periodo	Importe	Estado	ID Liquidacion
A	0001-00000004	29/04/2015	01-OSDEPYM	00.874.007	RD	2015-02	\$ 48.752,26	Pendiente	0
A	0001-00000003	17/04/2015	01-OSDEPYM	00.874.007	RD	2015-01	\$ 5.428,25	Pendiente	0

Para cada una se visualiza:

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

Los estados posibles son:

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

4 BÚSQUEDA DE FACTURAS

Se pueden consultar las facturas que ya fueron cargadas utilizando los filtros de:

- Rango de fechas
- DNI
- Número de comprobante

La siguiente pantalla muestra un ejemplo de búsqueda por DNI.

Solo se filtra por aquellos campos que contienen un valor:

Letra	Número	Fecha	Obra Social	DNI Afiliado	Ajuste	Período	Importe	Estado	ID Liquidación
A	0001-00002684	29/04/2015	01 OSDSPYM	93.874.857	NO	2015-02	\$ 48.752,26	Pendiente	0
A	0001-00002523	17/04/2015	01 OSDSPYM	93.874.857	NO	2015-01	\$ 5.428,25	Pendiente	0

5 INGRESO DE NUEVA FACTURA Y DATOS IMPORTANTES

Ingresar a la solapa “Facturas”

Presionar en la opción “Nueva factura”

Ingresar los datos de la factura

A. Obra Social: OSDEPYM - OSTVLA

B. Letra del comprobante

C. Número completo del comprobante (13 Dígitos) Ejemplo: 0000100001234

D. Fecha de Emisión

E. Fecha de Vencimiento

F. Total Facturado

G. DNI del paciente

H. Período Facturado

I. Ajuste SÍ / NO (ver facturas de ajuste)

J. Seleccionar los archivos obligatorios (F: Factura y D: Documentación respaldatoria) Adjuntar

H. Subir los archivos

J. Presionar el botón Confirmar para finalizar carga

Letra	Número	Fecha	Obra Social	DNI Afiliado	Ajuste	Período
A	0000-00000004	28/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.857	NO	28/11-01
A	0000-00000023	07/04/2015	01 OSDEPYM	93.874.857	NO	28/11-01

Obra Social: 01 OSDEPYM
 Tipo: Factura de Crédito Electrónica MIP/ME (PCE) A
 Pto de venta + Nro de factura:
 Fecha emisión: 14/09/2022
 Tipo Emisión: Electrónica
 Fecha venc. CAE/CAI:
 D.N.I. Paciente:
 Nombre Paciente:
 Período: 2022/12
 Ajuste: NO
 Estado: Pendiente
 CAE/CAI:
 Total Facturado: 1 0,00

Recuerde que uno de los archivos debe ser de tipo "Factura"

Subir archivos

[D].planilla de asistencia.pdf	58.218
[F].1400000046-FAC-B0004-00001...	73.218

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

Confirmar

Datos de la Obra Social

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

- CUIT
- Domicilio
- Condición de IVA

Factura

CUIT: 30.42989764.2

Concepto: Venta Pago 90% - CABA - Cond. IVA: Exento

Obra Social: **OSTVLA** D.N.I. Paciente: 30.42989764.2

Letra: A Período: 2015/12

Número: 1000100002523 Ajuste: 50

Fecha emisión: 04/04/2015 Estado: **Pendiente**

Fecha vencimiento: 04/04/2015

En cumplimiento de la Res. 1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, a partir de lo que se identifican claramente a la Obra Social con su número de CUIT.

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

Facturas de ajuste

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

Obra Social: 01 OSDEPM D.N.I. Paciente: 33874057

Letra: A Período: 10/5/01

Número: 000100002523 Ajuste: **NO**

Fecha emisión: 17/04/2015 Estado: **Pendiente**

Fecha vencimiento: 04/04/2015

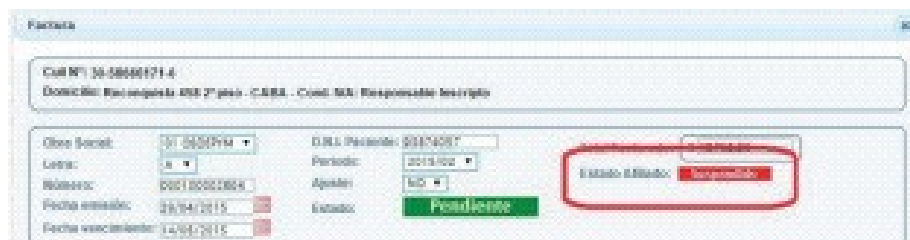
En cumplimiento de la Res. 1415 AFIP y normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, a partir de lo que se identifican claramente a la Obra Social con su número de CUIT.

Estado del afiliado

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

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

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



Factura

Cuit Nº: 30-5866171-6
Domicilio: Reconquista 458 2º piso - CABA - Cond. NA: Responsable Inscripto

Obra Social: 01 OSDEPym D.M.L. Paciente: 93874057
Letra: A Período: 2015-02
Número: 00010002523 Ajuste: NO
Fecha emisión: 17/04/2015 Estado: **Pendiente**
Fecha vencimiento: 05/05/2015

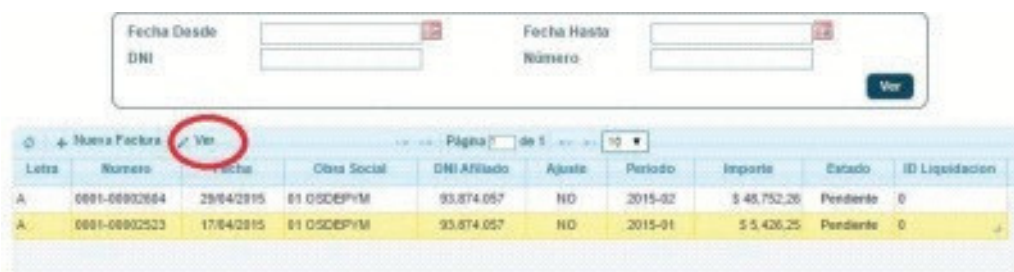
Estado Afiliado: **Suspendido**

Visualización, modificación o anulación de una factura existente

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

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

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



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

+ Nueva Factura **Ver** Página 1 de 1 10

Letra	Número	Fecha	Obra Social	DNI Afiliado	Ajuste	Período	Importe	Estado	ID Liquidación
A	0001-00002664	29/04/2015	01 OSDEPym	93.874.057	NO	2015-02	\$ 48.752,26	Pendiente	0
A	0001-00002523	17/04/2015	01 OSDEPym	93.874.057	NO	2015-01	\$ 5.426,25	Pendiente	0

Facturas pendientes

Al visualizar una factura pendiente, las opciones posibles son:

- Modificar los datos y confirmar
- Anularla



Factura

Cuit Nº: 30-5866171-6
Domicilio: Reconquista 458 2º piso - CABA - Cond. NA: Responsable Inscripto

Obra Social: 01 OSDEPym D.M.L. Paciente: 93874057 Total Facturado: 5.426,25
Letra: A Período: 2015-01 Estado Afiliado: **Modificado**
Número: 00010002523 Ajuste: NO
Fecha emisión: 17/04/2015 Estado: **Pendiente**
Fecha vencimiento: 05/05/2015

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

Anular
Confirmar
Ver

Facturas Retenidas /Notificaciones emergentes prestadores

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

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

Factura

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

Obra Social: 01 OSDEPYH
Letra: A
Número: 0001-99992523
Fecha emisión: 17/04/15
Fecha vencimiento: 05/05/15

D.N.I. Paciente: 93874057
Período: 2015/01
Total Facturado: \$15426.25
Estado Afiliado: **Habilitado**

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

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

[Volver](#)

Facturas aprobadas

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

Factura

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

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

D.N.I. Paciente: 93874057
Período: 2015/02
Total Facturado: \$148752.26
Estado Afiliado: **Habilitado**

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

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

[Volver](#)

6 CAMBIO DE CONTRASEÑA

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



