

OSPIT

DISCAPACIDAD

Solicitud de Cobertura PERIODO

2025

1-INSTRUCTIVO

El Presente tiene como objetivo detallar todos los requisitos y pasos a seguir para gestionar REINTEGROS POR DISCAPACIDAD. Se recuerda que los requerimientos están sujetos a modificaciones según nuevas disposiciones del Organismo Oficial correspondiente (SECRETARIA DE SALUD-MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL)

SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1731/2021, LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PRESENTADA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN/ FACTURACIÓN 2025, SE DEBERÁN

PRESENTAR DE MANERA DIGITAL. SECTOR DE DISCAPACIDAD:

auditoriadiscapacidadospit@gmail.com

FACTURACIÓN: Ospitdiscapacidad@gmail.com

LINEAMIENTOS GENERALES

- ✚ No se autorizarán tratamientos en lugares que no estén inscriptos en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP) dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y en el Servicio Nacional de Rehabilitación y / o tengan la inscripción en trámite y que no posean la habilitación para funcionar como tales, expedida por el Ministerio de Salud (secretaría) y / o Ministerio de Educación o Autoridad Municipal, según corresponda.
- ✚ **No se autorizan** prestaciones realizadas por profesionales del área de salud que no estén inscriptos en el registro nacional de prestadores.
- ✚ Se debe armar un expediente con la documentación solicitada totalmente cumplimentada, **no otorgándose cobertura de ningún tipo de prestación con carácter retroactivo.** El tratamiento deberá iniciarse cuando se autorice desde Auditoría de Discapacidad Equipo Interdisciplinario.
- ✚ Se presentará **un expediente por año**, con vigencia anual (caducando el 31 de Diciembre). Los mismos **deberán ser presentados con anterioridad a la fecha de inicio de la prestación**, siendo los mismos auditados por el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad y otorgándoseles la **AUTORIZACION por escrito, ENVIADAS A TRAVES DEL MAIL QUE EL AFILIADO PRESENTE, a partir de la cual se podrá INICIAR las prestaciones correspondientes.**
- ✚ **Las prestaciones por discapacidad caducarán cada 31 de diciembre del año que fueron solicitados**, debiéndose presentar toda la documentación solicitada en el presente instructivo para su renovación.
- ✚ Ante Resoluciones nuevas De la Secretaria de salud, se solicita presentar la facturación del mes correspondiente, con el nuevo presupuesto, cronograma y valores citando el

número de Resolución (ej.: Resolución Conjunta 12/2021 Valor por sesión \$1035.10).

No se aceptarán facturas por diferencia a partir de resoluciones nuevas.

OBSERVACIONES: para todas las prestaciones se solicita informes SEMESTRALES con la evolución del paciente, se solicita que se adjunte A LA FACTURACIÓN de: JULIO Y DICIEMBRE 2025, para evitar demoras en sus pagos. **DICHOS INFORMES SEMESTRALES**

deben enviarse TAMBIEN A LA CASILLA DE DISCAPACIDAD:

auditoriadiscapacidadospit@gmail.com

LA DOCUMENTACIÓN DIGITAL **QUE NO SEA ENTREGADA DE FORMA COMPLETA** RETRASA EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD, POR LO TANTO, SUGERIMOS QUE SI DEBEN DARLE CONTINUIDAD A LOS TRATAMIENTOS REQUERIDOS POR SU MÉDICO DE CABECERA PRESENTE EL EXPEDIENTE EN EL TRANCURSO DE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE.

DOCUMENTACIÓN

LA DOCUMENTACIÓN SE DEBE PRESENTAR EN FORMATO PDF.

Se comienza a recibir expedientes a partir del 15 de noviembre.

- ***TITULAR:***

1-Fotocopia de DNI.

2-Fotocopia de CARNET DE OBRA SOCIAL (actualizado).

3-Fotocopia de ÚLTIMO recibo de haberes. En el caso de monotributistas, adjuntar constancia de inscripción del beneficiario en el régimen simplificado para pequeños contribuyentes (formulario 184) y fotocopia de los últimos seis (6) comprobantes de pago del monotributo consecutivos.

4. Mail del titular: (MEDIANTE ESTE MEDIO SE ENVIARÁ LAS AUTORIZACIONES DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS)

• **BENEFICIARIO:**

1- Fotocopia de DNI

2- Fotocopia de CARNET DE OBRA SOCIAL (actualizado).

3- CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. En el caso que tenga **vencimiento durante el período de prestación solicitado, se autorizará hasta la fecha de vigencia del mismo, dándole continuidad ante la presentación de su renovación.**

Con certificado de discapacidad vencido, presentar turno para la renovación.

4- Formulario 502.

5- Formulario 503: El mismo médico que firma el f 503 debe realizar todas las órdenes con pedidos de prestaciones. Resumen de historia clínica y llenar los formularios o escalas correspondientes

6- Constancia de Alumno Regular

7- **Resumen de HISTORIA CLINICA:** Prescripta por el profesional médico de cabecera (no perteneciente al centro de concurrencia donde realiza la prestación). Deberá contener datos del paciente que sean relevantes para el tratamiento prescripto:

- **La fecha de emisión** debe ser **anterior** a la fecha en la cual se solicita la prestación.

Firma y sello legibles del médico.

-**Datos personales:** Nombre completo y apellido, DNI, número de afiliado diagnóstico.

8- **Prescripcion Médica: ORIGINAL y Anuales.** Deberá constar: Nombre y apellido del paciente, número de afiliado, DNI, diagnóstico, período correspondiente a la prestación solicitada. Ej.: Desde tal mes (el momento que considera el profesional hasta el mes de diciembre 2025. Fecha de emisión anterior al período de prestación. Frecuencia de atención (Ej.: dos veces por semana). Una orden médica por cada prestación solicitada. La orden médica **NO PUEDE TENER, TACHADURAS, NI ESTAR BORRADA CON LÁPIZ CORRECTOR.**

- **INSTITUCIONES** (ej.: CET, jornada simple de marzo a diciembre 2025), deberá constar jornada simple o doble o reducida, y la frecuencia de asistencia (EJ: lunes a viernes o tres veces por semana, etc.). Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento. **No se indica por el nombre de las Instituciones o profesionales.**
- En el caso de Integraciones escolares deberán enviar número de CUE Del colegio al cual asiste.

***TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:** La orden médica debe detallar datos personales del paciente (nombre y apellido completo, DNI, numero de afiliado y diagnóstico) la especialidad (ej.: psicología), el período de la prestación (Ej.: Marzo a diciembre 2025), la frecuencia semanal.

Para los tratamientos ambulatorios se reconocerán:

MODULOS SIMPLES: menos de 5 sesiones sesiones semanales, con más de una especialidad. Duración mínima 45 minutos a 1 hora.

MODULOS INTEGRALES INTENSIVOS: hasta 5 (cinco) sesiones semanales con más de una especialidad. Duración mínima 45 minutos a 1 hora.

MODULOS DE APOYO: En el caso que el paciente concurra a escuela especial y sólo tenga una prestación principal que apoye a la prestación de escolaridad. Son 5 sesiones semanales de una sola especialidad. Duración mínima 45 minutos por sesión.

Los módulos no se complementan. El **médico deberá indicar cuál es la prestación** que requiere de acuerdo al diagnóstico que figura en el Certificado de discapacidad (CUD).

***TRANSPORTE ESPECIAL:** La aprobación del transporte privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte, teniendo en cuenta el diagnóstico emitido por el certificado de discapacidad encontrándose dentro de la orientación prestacional.

***El pedido de transporte** (orden médica) debe estar justificado médicamente e indicar la frecuencia, prestación a la que asiste, lugar de partida y destino, cronograma con horario y **si necesita o no dependencia** y período solicitado (ej.: marzo a diciembre 2025).

- Consentimiento de la prestación solicitada, firmado por el titular con aclaración de la firma y DNI. El prestador debe firmar y sellar de manera ológrafa, electrónica o digital.

Se presentará un consentimiento por cada prestación realizada (tratamientos ambulatorios, escolaridad, cet, transporte) etc.

- Consentimiento del PRESTADOR, a través del cual el mismo no podrá iniciar la prestación hasta tanto sea autorizada la misma.

PRESTADOR:

Instituciones – Profesionales

- 1)** Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta.
- 2)** Inscripción en el Registro de prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. Los profesionales, además de presentar la Inscripción en el Registro de prestadores deberán adjuntar título habilitante con **sellos en dorso**.
- 3)** Constancia de Inscripción en la AFIP (actualizada).
- 4)** Evaluación inicial y plan de trabajo original con objetivos terapéuticos, firmados de manera ológrafa, electrónica o digital.
- 5)** Presupuestos: Datos del beneficiario, diagnóstico, período de atención anual con vencimiento diciembre 2025. Frecuencia de atención. Valor por sesión (sujeto a resolución

vigente) y valor total mensual. Cronograma de atención en hoja aparte con días y horario pactado y lugar de atención.

En los casos de ajustes por nuevas Resoluciones Ministeriales, se deberá presentar un nuevo presupuesto en original. Dado que cada solicitud formará parte del expediente de cada beneficiario, los mismos deberán presentarse en forma individual.

6) Se deberá presentar **INFORME SEMESTRAL EVOLUTIVO** presentado con la facturación, tanto de las INSTITUCIONES Como de los PRESTADORES independientes, en julio y diciembre 2025. Dichos informes deberán contar con los siguientes datos: fecha de elaboración (con el período de evaluación), datos del afiliado y del prestador, firma y sello del profesional, debe ser descriptivo con el desempeño en cada ítem de los objetivos planteados en el plan de tratamiento.

7) Consentimiento de la prestación solicitada, firmado por el titular con aclaración de la firma y DNI. El prestador debe firmar y sellar de manera ológrafa, electrónica o digital. Se presentará un consentimiento por cada prestación realizada.

8) Consentimiento del PRESTADOR, a través del cual el mismo no podrá iniciar la prestación hasta tanto sea autorizada la misma.

9) Constancia de cbu expedida por el Banco, con datos de titular de la cuenta con el fin de recibir los pagos de las prestaciones.

INTEGRACION ESCOLAR

Módulo de apoyo a la integración escolar o equipo interdisciplinario para apoyo a la integración escolar categorizado

1) Título habilitante (docente especial o profesional).

2) Categorización definitiva del Servicio nacional de rehabilitación o de junta correspondiente (en el caso que lo brinde una Institución/Equipo Interdisciplinario)

2) Constancia de Inscripción en la AFIP de la Maestra integradora (actualizada).

- 3) Presupuestos: Período: Datos del beneficiario, diagnóstico, período de atención, con vencimiento en diciembre 2025. Valor por módulo, con cantidad de horas semanales y mensuales totales. (Total reconocido: 20 horas semanales, por módulo de integración).
- 4) Cronograma de concurrencia en hoja aparte con días y horario pactado.
- 5) Proyecto de integración con Evaluación inicial, y Plan de Trabajo, firmado de forma ológrafa, electrónica o digital.
- 6) Adecuaciones Curriculares firmado y sellado por el docente/profesional/ equipo integrador que da la prestación.
- 7) Acta Acuerdo (Original) firmada por padres, directivos del colegio y Maestra Integradora de forma ológrafa, electrónica o digital. Debe incluir la Modalidad de la prestación (con carga horario, días y turno).
- 8) Constancia de alumno regular o reserva de vacante para iniciar.
- 9) Consentimiento de la prestación solicitada, firmado por el titular con aclaración de la firma y DNI. El prestador debe firmar y sellar de forma ológrafa, electrónica o digital. Se presentará un consentimiento por cada prestación realizada.
- 10) -Consentimiento del PRESTADOR, a través del cual el mismo no podrá iniciar la prestación hasta tanto sea autorizada la misma.

ESTIMULACION TEMPRANA: Podrá ser brindada por:

-Centros de Estimulación Temprana específicamente acreditados (habilitados) para tal fin con equipo terapéutico interdisciplinario.

-Profesionales con post título de grado.

-Sesiones: duración 45 minutos mínimo.

FACTURACION

Las facturas se presentarán **sin excepción a mes vencido**, de las prestaciones brindadas.

En el caso que presente prestación de transporte debe enviarse de manera conjunta la prestación principal (ej. Kinesiología) y la prestación de transporte con la cual asiste a dicha terapia. La presentación de la misma es **del 1 al 10 de mes siguiente, sin excepción**.

No se reconocerán días feriados ni ausentes.

FORMAS DE PRESENTACION

- Según la nueva Resolución, es obligatorio la presentación de las facturas electrónicas en forma individual por afiliado y por prestación. **El mail de facturación es el siguiente:**
Ospitdiscapacidad@gmail.com

Los **pagos se harán por transferencia Bancaria**. Si se realiza transferencia bancaria, inmediatamente se debe presentar el recibo X para habilitar los pagos siguientes.

- Factura B o C original.
- En ningún caso se recepcionarán facturas Tipo "A"
- Constancia de asistencia a la Institución y /o a las diferentes terapias y / o constancia de alumno regular (mensual).
- En caso de que el Beneficiario sea MONOTRIBUTISTA, JUBILADO o DESEMPELEADO, adjuntar copia del ticket de pago correspondiente al mes facturado.
- Debe ser MENSUAL.
- No se aceptaran Facturas o Recibos que contengan enmiendas sin salvar. La factura debe tener la firma y sello del prestador.
- Se solicita respetar la correlatividad del número de factura, fecha de emisión y mes facturado.
 - Planilla de asistencia, firmada de forma ológrafa, electrónica o digital
 - Adjuntar a la facturación electrónica, constancia de cae correspondiente.

CONFECCION DE LAS FACTURAS

En todos los casos las facturas y recibos deberán contener

- Fecha de emisión, posterior al mes de Prestación.
- Estar confeccionada a nombre de la Obra Social: OSPIT
- Domicilio: Bonorino 281. Ciudad Autónoma de Bs As. CUIT: 30-68274041-4
- Condición de IVA Exento.

En el concepto se deberá indicar los siguientes datos:

- Apellido y Nombre del beneficiario.
- Número de Afiliado, DNI y CUIL
- Período facturado (mes y año)
- Prestación brindada.
- Cantidad de sesiones a las que concurrió el beneficiario (Profesional)
- Valor de cada sesión (profesional) e Importe total de las sesiones (profesional)

El RECIBO X debe estar confeccionado de la siguiente manera:

- Fecha de emisión, coincidente con la transferencia bancaria
- Estar confeccionada a nombre de la Obra Social: OSPIT
- Domicilio: Bonorino 281. Ciudad Autónoma de Bs As. CUIT: 30-68274041-4
- Condición de IVA Exento.
- Recibo en forma individual por afiliado y por prestación.
- Número de factura que cancela y período. Colocar frase: Pago por transferencia bancaria
- Importe Recibido.
- Firma y sello del Prestador, ológrafa, electrónica o digital.

TRANSPORTE: Sera cubierto para todos aquellos pacientes que presenten cuadros motores que presenten limitaciones para el uso de transporte público gratuito como lo dispone la ley.

Dependencia: MENORES DE 6 AÑOS NO SERÁ CUBIERTA.

Se debe presentar junto con las facturas de las prestaciones a las que realiza el traslado En todos los casos las FACTURAS y RECIBOS X deberán contener:

- Apellido y Nombre del beneficiario.,
 - Número de Afiliado. DNI y CUIL,
 - Período facturado (mes y año)
 - El recorrido realizado (desde el lugar de origen hasta el lugar de destino)
 - Indicar a que PRESTACION concurre.
 - Valor unitario del Kilómetro.
 - Cantidad de kilómetros y costo por viaje.
 - Cantidad total de kilómetros mensuales.
- Cantidad de días que hace uso de la prestación. (ej: 10 viajes)
- Costo total mensual.

REQUISITOS PARA TRANSPORTE

-Orden médica.

-Impresión de Google mapa con recorrido a realizar y km marcado por esa ruta (se gestiona por internet ingresando a [www.maps.google. Com.ar](http://www.maps.google.com.ar)

- Carnet de conducir vigente.

- Póliza de seguro vigente.

- Habilitación vigente.

- DNI del conductor.

- Cedula verde.

-Constancia de Cuit Vigente.

- VTV

-Presupuesto con Modelo brindado por obra social: Datos del afiliado, valor por kilómetro, diario y mensual. Domicilio y destino. Prestación a la que asiste (ej.: kinesiología) con cronograma de viajes de días y horarios (ej.: kinesiología lunes y viernes 14 hs.). Si presenta Dependencia: SI NO, y en el caso de poner SI, colocar valor por km diarios y mensuales en base al nomenclador con dependencia.

-Escala FIM.

-Solicitud de transporte (anexo 1) firmada por médico tratante.

-Planilla de no posesión de vehículo con franquicia.

-Consentimiento de la prestación solicitada, firmado por el titular con aclaración de la firma y DNI. El prestador debe firmar y sellar.

-Consentimiento del PRESTADOR, a través del cual el mismo no podrá iniciar la prestación hasta tanto sea autorizada la misma.

**SECTOR CAPITAL FEDERAL - GRAN BUENOS AIRES, SOLICITAR ÓRDENES
MÉDICAS A
CONSULTORIOS1DEJUNIO@GMAIL.COM. ENVIAR SCANEADO EL
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Y LOS INFORMES FINALES DE CADA
PROFESIONAL.**

2 CENTROS DE ORIENTACION Y/O COORDINACION DE SERVICIOS

- SEDE CENTRAL- AREA METROPOLITANA OSPIT
Auditoria en Discapacidad
Dirección Bonorino N° 281
Teléfono: 114613-9183/ 9183/8752 Mail:
auditoriadiscapacidadospit@gmail.com
equipodiscapacidadospit@gmail.com

-DELEGACIONES INTERIOR DEL PAIS

-SALTA CAPITAL

Dirección: Tucumán 655 (CP 4400)- salta Capital

Teléfono: 0387- 4233705

Mail: ospitsaltadrgutierrez@gmail.com
Ospitsaltacapital655@gmail.com

- **EL CARRIL- SALTA**

Dirección: 25 de Mayo N° 85 (CP 4421) El Carril- Salta

Mail: hftugofreditapia@hotmail.com

- **ROSARIO DE LERMA-SALTA**

Dirección: 9 de Julio 140-oficina 14 (Galería) CP 4405 Rosario de Lerma

Teléfono: 0387-4931894

Mail: ospitrdelemasalta@gmail.com

- **SANTA FE**

Dirección: Lavalle N° 1164 (CP 2000) -Rosario

Teléfono: 0341- 4392267 --- 156007502

Mail: ospitrosario@gmail.com

- **TUCUMAN**

Dirección: San Martín 456 (CP 4158)- Juan B. Alberdi

Teléfono: 03865- 471747

Mail: ospit_tabaco_tuc@yahoo.com

- **JUJUY**

Dirección: Rivadavia esq. Alberdi- PERICO

Teléfono: 388-4912109

Mail: ospitjujuy@gmail.com

- **CORRIENTES**

Dirección: 25 de Mayo 323- GOYA

Teléfono: 0377-7422999

Mail. Ospitgoya323@gmail.com

- **MISIONES**

Dirección: Mariano Moreno 291- Leandro. N Alem –Misiones

Teléfono: 03754- 422624

Mail: ospitalem@hotmail.com.ar

3 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTACTO CON EQUIPO INTEDISCIPLINARIO

Los afiliados pueden entrar en contacto con el Equipo de Discapacidad por los siguientes medios:

- Mail : auditoriadiscapacidadospit@gmail.com
- equipodiscapacidadospit@gmail.com

Cede Central: Bonorino N° 281 Área metropolitana
Teléfono: 1146139183

Equipo de Discapacidad, formado por:

- Lic. Loizzo, Natalia,
- Lic. Grosso, Ma. de los Milagros, - Lic. Butrón, Belén.
- Lic. Regina, Ángela.
- Mail : auditoriadiscapacidadospit@gmail.com
equipodiscapacidadospit@gmail.com

4 PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACION

Los afiliados deben retirar de su delegación, según la zona de residencia, el instructivo de discapacidad, dicho instructivo es enviado por mail a cada delegación donde se detalla la documentación a presentar. Cada delegación envía vía mail, en primera instancia, la documentación completa, para ser evaluada por el equipo interdisciplinario de discapacidad, el cual emite la autorización correspondiente en caso de estar completa. La autorización se envía por mail, para que la misma pueda ser retirada o enviada. A partir de la emisión de la misma, los prestadores pueden comenzar brindar las prestaciones solicitadas.

5 MODO Y PERIODICIDAD

Dicha autorización se extiende por un año, pero a los 6 meses deben enviarse los informes semestrales sin excepción y serán evaluados por parte del equipo interdisciplinario de discapacidad.

6 MODIFICACIÓN En caso de existir modificaciones, ya sea de contenido u operatividad, serán informados vía mail a todas las delegaciones, de manera anual.