



# MANUAL DE ACCESO

---

## A TERAPIAS DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

### 2024

<https://www.ospoce.com.ar/>  
[prestacionesdiscapacidad@ospoce.com.ar](mailto:prestacionesdiscapacidad@ospoce.com.ar) ame-  
[discapacidad@ospoce.com.ar](mailto:discapacidad@ospoce.com.ar) transporte-  
[discapacidad@ospoce.com.ar](mailto:discapacidad@ospoce.com.ar)  
[fcpdiscapacidad@ospoce.com.ar](mailto:fcpdiscapacidad@ospoce.com.ar)  
[sederosario@ospoce.com.ar](mailto:sederosario@ospoce.com.ar) [sedecordoba@ospoce.com.ar](mailto:sedecordoba@ospoce.com.ar)  
[sedeneuquen@ospoce.com.ar](mailto:sedeneuquen@ospoce.com.ar)  
[sedemendoza@ospoce.com.ar](mailto:sedemendoza@ospoce.com.ar)  
Tel.: 0800 321 6776



*Un aporte bien hecho*

# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024

## IMPORTANTE

EL CUMPLIMIENTO DE ESTE INSTRUCTIVO ES INDISPENSABLE PARA GESTIONAR LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD EN TODOS LOS CASOS, LA RECEPCIÓN DE LA CARPETA NO IMPLICA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS.

### ENTREGA DE CARPETAS

La recepción se realizará con turno previo (exclusivamente) por lo que le solicitamos ingrese al siguiente link:

<http://ospoce.geco.com.ar/turno/nuevo>

para asignar día, hora y sede. Le recordamos que deberá sacar tantos turnos como carpetas tenga que presentar.

PARA AQUELLAS CARPETAS QUE SE PRESENTEN LUEGO DEL 30 DE MARZO 2024, LA VIGENCIA DE LA COBERTURA SE RECONOCERÁ DESDE EL MES DE PRESENTACIÓN Y / O AFILIACIÓN.

*"Cabe aclarar que OSPOCE SOLO podrá dar cobertura cuando el profesional o la institución se encuentre inscrita en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) - art. 29 ley 23.661 / en el Registro Unico de Profesionales (RUP) del Ministerio de Salud Resolución 972/2023 - SSSALUD".*

*art. 32 -ley 23.661- "la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores implica para los prestadores la obligación de respetar las normas y valores retributivos que rigen las contrataciones con los agentes del seguro, mantener la prestación del servicio en las modalidades convenidas durante el lapso de inscripción y por un tiempo adicional de sesenta (60) días corridos y ajustarse a las normas que en ejercicio de sus facultades, derechos y atribuciones establezca la ANSSAL".*

*"En virtud de lo establecido en las normas arriba transcritas, la obra social reconocerá las prestaciones incluidas en el Nomenclador de las prestaciones básicas para personas con discapacidad, como así también reconocerá para los profesionales hasta los valores retributivos autorizados por dicho Nomenclador".*

*Es importante que los formularios estén confeccionados según las instrucciones que se detallan en cada uno de ellos. No deben poseer enmiendas ni tachaduras, excepto que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello o aclaración del responsable de completar y firmar el formulario.*

## ACLARACIONES PRELIMINARES

1. Verifique que la documentación a presentar coincida con la solicitada para cada terapia y/o prestación, en caso de inconsistencias o datos faltantes, se procederá a la devolución de la misma.
2. Será indispensable la presentación de la documentación para la cobertura solicitada, PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN SIN EXCEPCIÓN.
3. Los formularios enviados con este instructivo SON DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA SIN EXCEPCIÓN.
4. La fecha de emisión de la prescripción NO PODRÁ ser posterior a la fecha de inicio del tratamiento solicitado en la misma.
5. LA EXISTENCIA DE COBERTURA EN AÑOS ANTERIORES AL PERIODO SOLICITADO NO DA DERECHO AL PROFESIONAL/ INSTITUCIÓN INTERVINIENTE A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN LA AUTORIZACIÓN PREVIA, NO OBLIGA A OTORGAR LA COBERTURA DEBIDO A QUE EN TODOS LOS CASOS SE REQUIERE EL ANÁLISIS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD DE ESTA OBRA SOCIAL.
6. En caso de ser necesario, el área de discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de realizar la evaluación correspondiente, o de cumplimentar los requisitos de la SSSalud.
7. Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario de esta obra social podrá realizar el seguimiento de la misma mediante visitas, llamados o entrevistas presenciales y/ o virtuales con padres y/o profesionales en nuestra sede o en el lugar de atención.
8. En caso de solicitar Dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, etc. Se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por el Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.
9. En caso de solicitar Dependencia para la prestación de Transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.
10. Para los que pidan Integración Escolar, si la institución educativa se niega a firmar el acta acuerdo, deberán presentar copia del libro de actas y nota de la familia informando que dicha Institución se niega a firmar el acta acuerdo (anexo 10) \*.
11. Los formularios a completar tienen carácter de documento. Los mismos deben ser impresos en hoja simple, NO DOBLE FAZ.
12. Cada formulario debe completarse utilizando el mismo color de tinta (TODO EN TINTA NEGRA O TINTA AZUL).
13. No se recibirán formularios que estén confeccionados con dos o más colores de tinta, que estén tachados, o tengan enmiendas.
14. En aquellos casos en que la impresión de estos formularios se realice en varias hojas, todas y cada una deberán estar selladas y firmadas por quien corresponda (Médico tratante, profesional, prestador, beneficiario, responsable, etc.).

## LISTA DE ANEXOS

Manual de Acceso a Terapias de Rehabilitación para Personas con Discapacidad

Anexo 01.- Checklist Control de Documentación PARA OSPOCE

Anexo 02.- Cronograma de Actividades

Anexo 03.- Resumen de Historia Clínica

Anexo 04.- Solicitud de Prestaciones

Anexo 05.- Solicitud de Transporte

Anexo 06.- Medida de Independencia Funcional (FIM)

Anexo 07.- Presupuesto para Instituciones

Anexo 08.- Presupuesto para Profesionales

Anexo 09.- Presupuesto Integración Escolar/ Integración Escolar Equipo

Anexo 10.- Acta Acuerdo

Anexo 11.- Presupuesto para Transporte

Anexo 12.- Modalidad de Facturación

Anexo 13.- Planilla de Asistencia Prestacional Mensual

Anexo 14.- Conformidad de Traslados

## MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

**<https://www.ospoce.com.ar/>**

Consultas sobre prestaciones/ autorizaciones: **[prestacionesdiscapacidad@ospoce.com.ar](mailto:prestacionesdiscapacidad@ospoce.com.ar)**

Consultas por documentación: **[ame-discapacidad@ospoce.com.ar](mailto:ame-discapacidad@ospoce.com.ar)**

Consultas sobre traslados: **[transporte-discapacidad@ospoce.com.ar](mailto:transporte-discapacidad@ospoce.com.ar)**

Consultas sobre facturación y pagos: **[fcpdiscapacidad@ospoce.com.ar](mailto:fcpdiscapacidad@ospoce.com.ar)**

Call Center: Tel. 0800-321-6776

## MODALIDAD DE COBRO

Vía transferencia a Bancaria a cuenta propia, no de terceros.

Para acceder a esta modalidad de cobro todos los **PRESTADORES/ PROFESIONALES / INSTITUCIONES** deberán dar de alta o modificar su cuenta bancaria y actualizar datos de contacto en el siguiente link **<https://www.ospoce.com.ar/proveedores.php>**

**POR DISPOSICIÓN/COMUNICADO DEL BCRA, A PARTIR DEL 16/09/2016 LA CÁMARA COMPENSADORA ELECTRÓNICA -COELSA- COMENZÓ A VALIDAR PARA LAS TRANSFERENCIAS, CURSADAS A OTRAS ENTIDADES, LA COINCIDENCIA ENTRE LA CBU Y EL CUIT/ CUIL/ CDI DEL BENEFICIARIO/ INSTITUCIÓN. AQUELLAS OPERACIONES QUE NO LOGREN PASAR LA VALIDACIÓN SERÁN RECHAZADAS POR ESTA CÁMARA. (DEBERÁ COINCIDIR LA TITULARIDAD DE LA CUENTA BANCARIA CON EL TITULAR/ INSTITUCION/**

\*Ver anexo Modalidad de Facturación (Anexo 12)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR/ COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO/ TITULAR

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR	INFORMACIÓN REQUERIDA/OBSERVACIONES
Check List Control documentación (Anexo 01)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar como guía para presentar la documentación completa y ordenada.</li></ul>
Certificado de Discapacidad CUD	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe estar vigente y legible.</li><li>• Si tiene un vencimiento cercano a la solicitud de las presentaciones, deberá solicitar la renovación del mismo y presentar comprobante de trámite/ turno para renovación.</li><li>• Sugerimos ponerse en contacto con la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) por los turnos y requisitos</li><li>• <a href="https://www.argentina.gob.ar/andis">https://www.argentina.gob.ar/andis</a></li></ul>
Cronograma de Actividades (Anexo 02)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se debe incluir días y horarios de asistencia a la Institución Educativa, horarios de las terapias y tiempo libre.</li></ul>
Constancia Escolar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado de alumno regular, deberá presentarlo junto con la documentación del prestador y establecimiento educativo al inicio del ciclo lectivo.</li><li>• Centro de Día/ CET: constancia de concurrencia.</li></ul>
Constancia de Domicilio Actualizado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se solicita en la sede policial o registro civil</li></ul>

## DOCUMENTACIÓN QUE DEBE COMPLETAR Y FIRMAR EL MÉDICO TRATANTE

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR	INFORMACIÓN REQUERIDA/ OBSERVACIONES
Resumen de Historia Clínica (Anexo 03)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe estar confeccionado por el Médico Tratante con sello legible y firma original / digital.</li><li>• Tendrá que consignar los antecedentes significativos.</li><li>• La evolución del cuadro en el último año.</li><li>• Medicación actual/ dosis diaria si requiere.</li></ul>
Solicitud de Prestaciones (Anexo 04)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.</li><li>• Todas las prestaciones deberán ser prescritas en este anexo.</li><li>• NO puede ser realizado por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.</li><li>• En el sello, la matrícula debe estar legible.</li><li>• No se aceptarán Solicitud de Prestaciones con tachaduras o cambio de tinta, sin la enmienda correspondiente.</li><li>• En caso de una nueva prestación o cambio en el plan terapéutico, debe presentar justificativo del médico tratante (puede ser confeccionado en recetario).</li></ul>
Solicitud de Transporte (Anexo 05)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Justificación médica de la imposibilidad de trasladarse en transporte público.</li><li>• En caso de solicitar dependencia, completar el Anexo FIM y justificar dicho pedido.</li></ul>
FIM (Medida de Independencia Funcional) (Anexo 06)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para las Instituciones lo completa el terapeuta ocupacional, no hace falta que esté firmado por el médico tratante.</li><li>• Para transporte lo completa el médico tratante y/o terapeuta ocupacional.</li></ul>



**PRESUPUESTOS Y DOCUMENTACIÓN PARA INSTITUCIONES  
 ESCUELAS ESPECIALES/ CENTROS DE DÍA/ CENTROS EDUCATIVOS, ETC**

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR	INFORMACIÓN REQUERIDA/ OBSERVACIONES
Presupuesto para Prestaciones en Instituciones (Anexo 07)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prestación debe estar incluida en la solicitud de prestaciones.</li> <li>• Debe existir total coincidencia entre lo que el Médico Tratante solicita y lo que el Prestador ofrece como tratamiento.</li> <li>• Indicar días y horarios propuestos de atención, los mismos serán tomados exactamente como los informan para corroborar el cronograma de actividades presentado, de producirse cambios deberán ser notificados.</li> <li>• La falta de congruencia en el cronograma o la imposibilidad de realizarlo con respecto a tiempos de traslados, horarios, alimentación y horarios de descanso, implica que se confeccionen nuevamente con esquemas lógicos y que no comprometan la salud de la persona con discapacidad.</li> <li>• Debe estar firmado por el prestador y el beneficiario o familiar.</li> </ul>
Informes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informe evolutivo 2023</b> dando cuenta de lo trabajado durante el año y objetivos logrados.</li> <li>• <b>Informe de evaluación inicial</b>, en caso de ser una terapia que se agrega al plan de tratamiento o cambia de profesional en una terapia que viene realizando.</li> </ul>
Plan de Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con objetivos a trabajar durante el 2024, como realizará la terapia, que tipo de abordaje o intervenciones van a realizar</li> </ul>
Informe Evolutivo Semestral 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y los resultados alcanzados en el primer semestre. SE INGRESARÁ EN LA PLATAFORMA WEB SECCION INFORME EVOLUTIVO – Discapacidad.- A PARTIR DE JULIO 2024 (DONDE EL PROVEEDOR INGRESA LA FACTURA)</li> </ul>
Instituciones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapéutico - Educativas</li> <li>• Educativas y</li> <li>• Asistenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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. Según Resolución N° 1328/06 - MSal.</li> </ul>
Instituciones NO EDUCATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acreditación del Ministerio del Interior y del Ministerio de Salud con el dispone según corresponda a la jurisdicción.</li> </ul>
Habilitaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municipal vigente.</li> <li>• categorización y cupo de la Institución vigente.</li> <li>• De Incumbencia (Sanitaria o del Ministerio de Educación) jurisdiccional de acuerdo al tipo de establecimiento.</li> </ul>
FIM (Anexo 06)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de presupuestar el tratamiento con Dependencia.</li> </ul>
Constancias de Inscripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFIP vigente</li> </ul>

## HOGAR Y PEQUEÑO HOGAR

Antes de solicitar hogar

- Deberá contactarse con el área social a [prestacionesdiscapacidad@ospoce.com.ar](mailto:prestacionesdiscapacidad@ospoce.com.ar)

## PRESUPUESTOS Y DOCUMENTACIÓN PARA PROFESIONALES

Proveedores Individuales: Psicólogos, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, etc.

Esta auditoría no autorizará, ni abonará aquellas sesiones que excedan las correspondientes a cuatro semanas, es decir sesiones semanales multiplicadas por cuatro, ejemplo 2 sesiones semanales se autorizaran y abonarán hasta 8 sesiones mensuales.

Los beneficiarios de hasta 3 (tres) años de edad que requieran terapias de rehabilitación brindadas por profesionales individuales, deberán tener un abordaje interdisciplinario y contar con el título de especialización en Estimulación Temprana (al menos uno de los integrantes del equipo tratante). Si las terapias las brinda un centro, éste deberá estar categorizado para tal fin.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR	INFORMACIÓN REQUERIDA/ OBSERVACIONES
Presupuesto de Prestaciones en Ambulatorio (Anexo 08)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe estar incluida en la solicitud de prestaciones.</li><li>• Debe existir total coincidencia entre lo que el Médico Tratante solicita y lo que el Prestador ofrece como tratamiento.</li><li>• Indicar días y horarios propuestos de atención, los mismos serán tomados exactamente como los informan para corroborar el cronograma de actividades presentado, de producirse cambios deberán ser notificados.</li><li>• La falta de congruencia en el cronograma o la imposibilidad de realizarlo con respecto a tiempos de traslados, horarios, alimentación y horarios de descanso, implica que se confeccionen nuevamente con esquemas lógicos y que no comprometan la salud de la persona con discapacidad.</li><li>• Debe estar firmado por el prestador y el beneficiario o familiar.</li></ul>
Informes	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Informe evolutivo 2023</b> dando cuenta de lo trabajado durante el año y objetivos logrados.</li><li>• <b>Informe de evaluación inicial</b>, en caso de ser una terapia que se agrega al plan de tratamiento o cambia de profesional en una terapia que viene realizando.</li></ul>
Plan de Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"><li>• En caso de ser un nuevo prestador, deberá presentar informe de evaluación (adjuntar al presupuesto)</li></ul>
Informe Evolutivo Semestral 2024	<ul style="list-style-type: none"><li>• Periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo. Detallar los resultados alcanzados en el primer semestre. SE INGRESARÁ EN LA PLATAFORMA WEB SECCION INFORME EVOLUTIVO - Discapacidad.- A PARTIR DE JULIO 2024 (DONDE EL PROVEEDOR INGRESA LA FACTURA)</li></ul>
Título - Matrícula	<ul style="list-style-type: none"><li>• Título habilitante definitivo con certificaciones ministeriales copia frente y reverso. (Los certificados analíticos no son reconocidos como título habilitante).</li><li>• Matrícula vigente según jurisdicción, la misma debe ser legible.</li></ul>



Registros actualizados (RNP - RUP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.</li> <li>Inscripción en el Registro Unico de Profesionales (RUP) del Ministerio de Salud Resolución 972/2023 - SSSALUD</li> </ul>
Constancias de Inscripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>AFIP vigente</li> </ul>

## MÓDULO DE MAESTRO DE APOYO/ DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO

	MÓDULO MAESTRO DE APOYO
DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR	INFORMACIÓN REQUERIDA/ OBSERVACIONES
Presupuesto Integración Escolar/ Integración escolar Equipo (Anexo 09)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe estar incluida en la solicitud de prestaciones.</li> <li>Debe existir total coincidencia entre lo que el Médico Tratante solicita y lo que el Prestador ofrece como tratamiento.</li> <li>Detallar actividades en la institución escolar y fuera de ella</li> <li>Debe estar firmado por el prestador y el beneficiario o familiar.</li> </ul>
Proyecto Pedagógico de Integración (PPI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indispensable para autorizar la prestación, debe incluir adaptaciones curriculares área por área, objetivos a alcanzar teniendo como referencia la planificación realizada por el docente de grado con sello y firma en original del prestador en cada una de sus hojas.</li> <li>De no contar con adaptaciones curriculares, debe presentar proyecto de Integración con Objetivos a alcanzar.</li> </ul>
Acta Acuerdo de Integración Escolar (Anexo 10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Según formulario vigente.</li> <li>Deberá contar con todas las firmas y datos solicitados.</li> <li>Se deberá presentar dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.</li> <li>*Ver punto 10 de las aclaraciones preliminares</li> </ul>
Certificado de Alumno Regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confeccionado al inicio del Ciclo Lectivo.</li> <li>Se deberá presentar dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.</li> </ul>
Informe Evolutivo Semestral 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y los resultados alcanzados en el primer semestre. SE INGRESARÁ EN LA PLATAFORMA WEB SECCION INFORME EVOLUTIVO - Discapacidad.- A PARTIR DE JULIO 2024 (DONDE EL PROVEEDOR INGRESA LA FACTURA)</li> </ul>
Título Habilitante como	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maestro Especial.</li> <li>Psicólogo (debe contar con Inscripción en el RNP / RUP vigente)</li> <li>Lic. en Psicopedagogía / Psicopedagogo Universitario (debe contar con Inscripción en el RNP / RUP vigente)</li> <li>Habilitados por el Ministerio de Educación de cada Jurisdicción.</li> </ul>
Constancias de Inscripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>AFIP vigente</li> </ul>

MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EN EQUIPO	
DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR	INFORMACIÓN REQUERIDA/ OBSERVACIONES
Presupuesto Integración Escolar/ Integración escolar Equipo (Anexo 09)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe estar incluida en la solicitud de prestaciones.</li><li>• Debe existir total coincidencia entre lo que el Médico Tratante solicita y lo que el Prestador ofrece como tratamiento.</li><li>• Detallar actividades en la institución escolar y fuera de ella.</li><li>• Debe estar firmado por el prestador y el beneficiario o familiar.</li></ul>
Adaptaciones Curriculares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indispensable para autorizar la prestación, debe incluir adaptaciones curriculares área por área, objetivos a alcanzar teniendo como referencia la planificación realizada por el docente de grado, en caso de corresponder, con sello y firma en original del equipo tratante en cada una de sus hojas.</li><li>• De no contar con adaptaciones curriculares, debe presentar proyecto de Integración con Objetivos a alcanzar.</li></ul>
Formulario Acta Acuerdo de Integración (Anexo 10)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Según el formulario vigente, deberá contar con todas las firmas y datos solicitados. Se deberá presentar dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.</li><li>• *Ver punto 10 de las aclaraciones preliminares</li></ul>
Certificado de alumno Regular	<ul style="list-style-type: none"><li>• Confeccionado al inicio del Ciclo Lectivo. Se deberá presentar dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.</li></ul>
Informe Evolutivo Semestral 2024	<ul style="list-style-type: none"><li>• Periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y los resultados alcanzados en el primer semestre. SE INGRESARÁ EN LA PLATAFORMA WEB SECCION INFORME EVOLUTIVO – Discapacidad.- A PARTIR DE JULIO 2024 (DONDE EL PROVEEDOR INGRESA LA FACTURA)</li></ul>
Habilitación como Equipo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscripción de la institución en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud.</li><li>• Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).</li><li>• Categorización y cupo de la Institución vigente.</li></ul>
Constancias de Inscripción	<ul style="list-style-type: none"><li>• AFIP vigente</li></ul>

## TRASLADOS

CABE ACLARAR QUE ESTA OBRA SOCIAL BRINDA DICHA COBERTURA A TODOS AQUELLOS BENEFICIARIOS QUE POR SU PATOLOGÍA NO PUEDAN HACER USO DEL TRANSPORTE PÚBLICO.

DE CUMPLIRSE CON LO EXPUESTO ANTERIORMENTE, ESTA PRESTACIÓN SE DARÁ AL BENEFICIARIO DESDE SU DOMICILIO Y HASTA LOS DOMICILIOS EN DONDE SE REALIZAN EL/ LOS TRATAMIENTOS Y/O INSTITUCIONES EDUCATIVAS CUBIERTOS POR OSPOCE, CON SU CORRESPONDIENTE REGRESO.

***Para la evaluación y autorización de los traslados, es indispensable que la familia presente la Constancia de Domicilio Actualizado de la persona con discapacidad, la misma se puede solicitar en dependencia policial o registro civil.***

En los casos que se trasladen hermanos a los mismos destinos y en los mismos horarios, esta auditoría reconocerá un solo traslado desde el domicilio hasta el lugar de atención; Quedan exceptuados de este mecanismo las empresas de transporte escolar y aquellos que presenten la habilitación correspondiente a Traslados Especiales (habilitación de traslados para personas con discapacidad).

PARA EL ADICIONAL POR DEPENDENCIA SE DEBERÁ ESPECIFICAR LOS APOYOS NECESARIOS QUE BRINDARÁ LA PERSONA AL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD.

LA DEPENDENCIA SE RECONOCERÁ PARA AQUELLOS BENEFICIARIOS MAYORES DE 6 AÑOS (SEIS) TODO BENEFICIARIO MENOR DE EDAD DEBERÁ VIAJAR ACOMPAÑADO DE UN MAYOR RESPONSABLE.

EN AQUELLOS TRASLADOS A INSTITUCIONES EDUCATIVAS, SÓLO SE RECONOCERÁN LOS VIAJES REALIZADOS EN DÍAS HÁBILES (DE LUNES A VIERNES, NO FERIADOS).

Los únicos traslados que serán autorizados, son aquellos que se efectúen entre el domicilio del beneficiario y el domicilio legal de una Institución Educativa o de Rehabilitación.

No se autorizarán traslados a consultas médicas y/o realización de estudios de diagnósticos.

No se autorizarán traslados exclusivos de familiares.

TODOS LOS VALORES ESTABLECIDOS (KILÓMETROS – PESOS) DEBEN SER EXACTOS. NO CORRESPONDE RECORTAR/ REDONDEAR DECIMALES.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR	INFORMACIÓN REQUERIDA/ OBSERVACIONES
Presupuesto de Transporte (Anexo 11)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe estar incluido en la solicitud de Transporte.</li><li>• Presupuesta el propietario de la habilitación, quien va a facturar</li><li>• Un presupuesto por cada recorrido.</li></ul> Debe existir total coincidencia entre lo que el Médico Tratante solicita y lo que el transportista presupuesta.
Recorrido según Google Maps	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impresión del recorrido desde/ hasta de cada uno de los recorridos presupuestados.</li></ul>
Formulario FIM (Anexo 06)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Confeccionado por terapeuta ocupacional y/ o médico tratante.</li></ul>
Carnet de Conducir	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigente.</li></ul>
Habilitación Municipal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigente como Agencia de Remis, Taxímetro, Transporte Escolar, Transporte Especial.</li><li>• Debe estar a nombre de quien presupuesta y va a facturar.</li></ul>
Póliza y Cobertura de Seguro	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigente.</li></ul>
Verificación Técnica Vehicular VTV	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigente.</li></ul>
Constancias de Inscripción	<ul style="list-style-type: none"><li>• AFIP vigente</li><li>• Debe estar a nombre de quien presupuesta y va a facturar.</li></ul>

## DETALLE DEL PRESUPUESTO – UN PRESUPUESTO POR RECORRIDO

Período del servicio (Ej.: Febrero a diciembre 2023).

Destino: Debe indicar que terapia realiza en dicho domicilio (Ej.: Presupuesto 1 Psicología).

Domicilio de partida: Debe especificar calle, número, localidad exacta donde comienza el viaje (Ej.: domicilio del afiliado, domicilio de la escuela, etc.).

Domicilio de llegada: debe especificar calle, número, localidad exacta donde termina el viaje.

Cantidad de viajes totales al mes.

Cantidad de kilómetros por viaje.

Cantidad de kilómetros mensuales por recorrido.

Valor del kilómetro.

Valor total del recorrido.

\*DEPENDENCIA: En caso de marcar SI, debe detallar el valor del kilómetro con la dependencia incluida.