

## REQUERIMIENTOS GENERALES PARA LA PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD AÑO 2025



- CUD Vigente
- Presentar datos actualizados (Planilla en adjunto )
- Resumen de Historia Clínica (protocolo en adjunto)
- Prescripción Médica (ver ejemplo)
- Conformidad Prestacional anual (protocolo en adjunto)
- Presupuesto Prestacional (protocolo en adjunto)
- Planilla de CBU (protocolo en adjunto)
  
- Toda Institución deberá acreditar su categorización definitiva y estar inscripto en la ANDIS
- Los profesionales deberá presentar su Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente
  
- Plan de tratamiento:

*a) Para el comienzo de una nueva prestación se solicitará:*

- 1- Informe de evaluación inicial de tratamiento.
  
- 2- Plan de abordaje individual detallando periodo, modalidad, objetivos específicos de tratamientos y estrategias de intervención con el paciente y su núcleo de apoyo.

3- Cuando el plan terapéutico se conforma por más de una terapia, se solicitará además: Plan con objetivos interdisciplinarios firmado por todos los terapeutas que den cuenta de la mirada bio psico social del paciente.

*b) En caso de renovación de tratamiento, se solicitará:*

- 1- Informe evolutivo con las intervenciones realizadas, los resultados alcanzados, con qué núcleo de apoyos contó y el período de abordaje.
- 2- Detallar plan de abordaje individual, período, modalidad, objetivos específicos de tratamientos y estrategias de intervención con el paciente y su núcleo de apoyo.
- 3- Cuando el plan terapéutico se conforma por más de una terapia, se solicitará además, plan con objetivos interdisciplinarios firmado por todos los terapeutas que den cuenta de la mirada bio psico social del paciente.

***Se recuerda la entrega de informes de evolución semestral describiendo logros de objetivos y nuevas estrategias terapéuticas. (Entrega: mes de julio)***

Para un adecuado asesoramiento, en caso de requerir cambio de prestador o modalidad prestacional, le solicitamos comunicarse por email a: [discapacidad.ostel@gmail.com](mailto:discapacidad.ostel@gmail.com) o bien al Tel: 1149413332

***NOTA: la documentación que se envíe por correo debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido. (No se aceptarán otro tipo de formato)***

---

## REQUERIMIENTOS PARA LA FACTURACIÓN DE DISCAPACIDAD 2025



La factura emitida por el prestador debe estar dirigida a la Obra Social : OSTEAL

- CUIT 3060871639-0
- La factura deberá presentar los siguientes datos:
  - ✓ Nombre del beneficiario y DNI
  - ✓ Modalidad y período de la prestación
  - ✓ Cantidad de sesiones, , importe total
  - ✓ En caso de Centros de Rehabilitación especificar tipo de modalidad: Prestación de Apoyo, Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo.
  - ✓ En caso de Transporte especificar: Direcciones de partida y destino, Cantidad de viajes por día y mensual, Cantidad de kilómetros recorridos por viaje. Total de kilómetros del mes
  - ✓ Indicar si incluye dependencia.
- La recepción de la facturación es mensual del 01 al 10 de cada mes
- Presentar planilla de asistencia legible
- El recibo deberá contener: Nro. de factura que cancela.
- La facturación se debe enviar al correo: [integracion.ostel@gmail.com](mailto:integracion.ostel@gmail.com) en formato PDF como documento original completo en todos sus ítems se según normativa vigente AFIP (**No se admitirá otro formato para su recepción**)

**NOTA: Las planillas de asistencias que se envíe por correo debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido. (Se solicitarán los originales durante el año)**

---

**DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA ADICIONAL REQUERIDA PARA CADA PRESTACIÓN**



PRESTACIÓN	DOCUMENTACIÓN
<b>Estimulación Temprana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Se reconocerán Instituciones categorizadas en ANDIS y con RNP que brinden: Atención ambulatoria individual con participación activa del grupo familiar Prestación comprendida a partir de 1 año hasta 3 años Se contemplará un máximo de tres sesiones semanales</li> </ul>
<b>Maestra de Apoyo a la inclusión Módulo Apoyo a la Inclusión Escolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Constancia de alumno regular a escuela común y CUE (nivel inicial, EGB o secundaria)</li> <li>* Plan de adaptaciones curriculares por materia firmado por equipo a cargo o profesional a cargo y las autoridades de la escuela común</li> <li>* Acta acuerdo firmada por la familia, el equipo integración o profesional a cargo y autoridades de la escuela común</li> <li>* La planilla de asistencia mensual deberá estar firmada por el profesional, familia y autoridades de la escuela común</li> </ul>
<b>Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* La solicitud de Dependencia deberá quedar consignada claramente en el Resumen de Historia Clínica y en la Prescripción Médica, presentando Tabla FIM (cuanti y Cualitativa) y planilla de ejes de apoyos de la Tabla FIM firmada por Lic en Terapia Ocupacional</li> <li>Cronograma de actividades y talleres</li> <li>* Presupuesto Prestacional (en adjunto) indicando: modalidad de prestación y tipo de Jornada</li> <li>Informe de evaluación inicial personalizado o informe de continuidad prestacional</li> <li>Los CET deberán presentar que terapia individual realizará el/la concurrente.</li> </ul>
<b>Educación Especial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Constancia de alumno regular</li> <li>* En la prescripción médica se deberá especificar tipo de Nivel Educativo: Inicial, EGB, Formación Laboral</li> <li>* Presupuesto Prestacional (en adjunto) indicando: modalidad de prestación y tipo de Jornada</li> <li>* Para Formación Laboral se solicitará especificar en el plan de tratamiento año y ciclo</li> </ul>
<b>Hogares Hogares con Centro de Día</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Cronograma de actividades por servicio, por Hogar (de lunes a domingo) y Centro de Día (de lunes a viernes )</li> <li>* Plan de tratamiento (anual) con objetivos de trabajo personalizado</li> <li>* Informe Social que avale su necesidad</li> <li>* La solicitud de Dependencia deberá quedar consignada claramente en el Resumen de Historia Clínica y en la Prescripción Médica</li> <li>Presentar Tabla FIM (cuanti y Cualitativa) y planilla de ejes de apoyos de la tabla FIM firmada por Lic en Terapia Ocupacional</li> </ul>



<b>Hospital de Día en Rehabilitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Cronograma semanal con terapias diarias. Se recuerda que Jornada simple corresponde 4 horas diarias de lunes a viernes y Jornada doble atención semanal de 7 hs diarias</li> <li>Informe de evaluación inicial o de continuidad prestacional</li> <li>Plan de tratamiento de cada terapia y plan con objetivos interdisciplinarios</li> </ul>
<b>Tratamientos de Rehabilitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* En caso de solicitar solo una terapia de rehabilitación , se deberá presentar constancia de asistencia regular a escolaridad común o especial y CUE. Se solicitará informe de evaluación inicial o de continuidad de tratamiento y Plan de abordaje individual. ( ver detalle en requerimientos generales)</li> <li>* Cuando se conformen módulos con más de un tratamiento, se solicitará enviar informe de evaluación inicial o de continuidad prestacional , plan de abordaje individual y un informe con objetivos interdisciplinarios firmados por los terapeutas a cargos. (ver detalle en requerimientos generales)</li> <li>* Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) Kinesiólogos, Psicólogos Clínicos Fonoaudiólogos, Psicomotricistas, Musicoterapeutas, Terapistas Ocupacionales.</li> <li>* Los Centros de Rehabilitación deberán presentar RNP y categorización acreditada por el ANDIS</li> </ul>
<b>Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* El médico tratante debiera justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.</li> <li><b>Dependencia</b></li> <li>* La solicitud de Dependencia deberá quedar consignado claramente en el Resumen de Historia Clínica y en la Prescripción Médica, presentando Tabla FIM (cuanti y Cualitativa) firmado por Lic en Terapia Ocupacional</li> <li>* Incluir en el presupuesto los apoyos específicos que se brindarán en el traslado</li> <li><b>Conformidad</b></li> <li>* Conformidad de Diagrama de traslados de Google Map firmada por la persona con discapacidad o familiar responsable</li> <li><b>Justificación del Traslado</b></li> <li>Rehabilitación o consultorios para tratamientos</li> <li>* En caso justificación social de transporte se requiere la presentación laboral de los padres</li> <li>* Para los traslados a escuela común o especial se requiere constancia de alumno regular y CUE</li> <li>* Para los traslados a Instituciones y Centros de Rehabilitación se requiere presentar constancia mensual de concurrencia.</li> <li><b>Documentación Automotor</b></li> <li>* Póliza de Seguro, Habilitaciones, VTV y Licencia de Conducir vigentes</li> </ul>

# Datos actualizados Beneficiarios

NOMBRE:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

Contacto telefónico:

Contacto telefónico:

Correo electrónico:



MODELO CON DATOS PARA QUE EL PROFESIONAL TENGA EN CUENTA

**Prescripción Médica**  
**Membrete Médico**

Fecha

Nombre del Beneficiario

Nro. Af.            Obra Social

DNI

Diagnóstico

Solicitar modalidad prestacional especificando:

-Tipo de Jornada (Para escuelas, CET, Centros de Día, FL)

Cantidad de sesiones semanales y mensuales (para las Terapias de Rehab)

-Si requiere dependencia -de acuerdo a la modalidad prestacional-

-Periodo de Prestación

Transporte ESPECIAL: JUSTIFICAR CLINICAMENTE la imposibilidad del uso de transporte público

Firma del Médico Solicitante  
sello legible



# Resumen de Historia Clínica

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI:

Nro. Afiliado:

Edad:

Diagnóstico:

Informe Integral de la condición de salud:

Descripción de las prestaciones que recibe actualmente:

Firma y sello del profesional

## CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2025

Fecha: .... / ..... / .....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Afiliado:

Yo..... con Documento Tipo

(.....) No....., 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.

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: .....

Aclaración: .....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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: .....



## PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2025

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Modalidad prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Periodo: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Almuerzo: SI - No.

Monto Mensual: \_\_\_\_\_

En caso de corresponder:

Dependencia: SI - No.

Matrícula anual: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_ Monto por Sesión: \_\_\_\_\_

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador





**CONFORMIDAD TRANSPORTE**

Fecha...../...../.....

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....)

N°....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

Desde.....hasta.....

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

.....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslado.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.



APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PRESTADOR:

PRESTACIÓN:

MES:

AÑO:

	FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	ACLARACION O SELLO DEL PRESTADOR	FIRMA DEL AFILIADO	ACLARACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

*La información descripta precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades de los arts. 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.*



Planilla CBU

Sres OSTEL:

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones AT

Prestador.....

Prestador de vuestra Beneficiaria/o:.....

Nro de CUIT/CUIL.....

Cuenta Bancaria Nro.....

Entidad  
Bancaria.....

Nro CBU.....

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado