

PRESTACIONES EN DISCAPACIDAD



Obra Social del
Personal de Maestranza

INSTRUCTIVO 2026

A continuación se detallan las medidas necesarias para realizar el trámite por prestaciones para personas con discapacidad, por lo que se sugiere que se presente el mismo al médico tratante para evitar demoras en la documentación.

Requisitos para el Programa de Cobertura para Personas con Discapacidad año 2026.

CONSIDERACIONES GENERALES:

- Presentar la documentación de forma presencial **SIN EXCEPCIÓN** en Sede Central o Delegaciones.
- Para presentar la solicitud de prestaciones el beneficiario debe figurar con **OSPM** en el Padrón de Beneficiarios de la Superintendencia de Salud.
- Por lo dicho en el punto anterior, deben estar con la situación afiliatoria **AL DIA, SIN EXCEPCIÓN**.
- La documentación se presenta de forma **COMPLETA**, caso de tener documentación faltante tiene 60 días hábiles para presentarla. El ingreso de la documentación incompleta no implica en sí su autorización.
- Las prestaciones se brindarán una vez emitida su autorización por el Área de Discapacidad. Por lo tanto si inician las prestaciones **SIN AUTORIZACIÓN**, resulta responsabilidad plena del prestador y del afiliado.
- La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado **NO DA DERECHO** al profesional a continuar con la prestación ni obliga a la Obra Social a cubrir el pago sin el previo análisis de la documentación presentada.
- En caso de ser necesario serán citados a una entrevista presencial o virtual por el Equipo Interdisciplinario.
- Es obligación de la madre, padre o tutor a cargo de informar cualquier modificación en el tratamiento o datos de afiliación. (Bajas de prestaciones, cambio de domicilio, fin de cobertura, falta de cumplimiento por parte del prestador, etc.)
- Solo se cubre las prestaciones en Centros o Instituciones categorizados y con Inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación

DOCUMENTACIÓN PERSONAL REQUERIDA:

- Fotocopia **CUD** y prórroga o constancia en trámite. **UNA VEZ RENOVADO EL CUD DEBEN PRESENTAR EL CUD VIGENTE.**
- Fotocopia **DNI** del niño/a y titular.
- Fotocopia **CARNET VIGENTE** del niño/a y titular.
- Fotocopia último recibo de sueldo, si es **MONOTRIBUTISTA** últimos 3 comprobantes de pago.
- Constancia de alumno regular indicando turno, grado con sello y firma legible de la autoridad del colegio y **NUMERO DE CUE ANEXO** (brindado por el mismo colegio). **SI NO ESTÁ ESCOLARIZADO PRESENTAR INFORME JUSTIFICANDOLO.**
- Resumen de Historia Clínica (Hoja 9) y Órdenes médicas **ORIGINALES** y completadas todas por un mismo profesional (Neurólogo o Psiquiatra).

Nota: Las órdenes médicas y escala fim NO DEBEN SER REALIZADAS POR PROFESIONALES QUE PERTENEZCAN AL INSTITUTO DONDE REALIZAN EL TRATAMIENTO.

- Las órdenes médicas deben presentarse sin tachaduras ni enmiendas y deben indicar nombre completo del paciente, DNI, edad, diagnóstico, solicitud de prestación, periodo de cobertura, frecuencia semanal, fecha anterior al periodo de cobertura solicitada, firma y sello del profesional. (EJEMPLO: Escuela primaria jornada simple de marzo a diciembre 2026 - 1 Sesión de Psicología de junio a diciembre 2026).
- Las órdenes médicas de Transporte deben ser completadas con **justificación médica** el cual indique la imposibilidad de viajar en transporte público (según Ley 24314 artículo 22).
- Presentar Anexo 2 – Conformidad prestacional 2026 (Hoja 8).

DOCUMENTACIÓN SEGÚN PRESTACIÓN SOLICITADA:

Escuela, Formación Laboral, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico.

Documentación a presentar por el afiliado:

- Consentimiento del prestador (Hoja 19).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento (firmado por prestador y familia - Hoja 21).
- Presupuesto modelo obra social (Hoja 22)
- Presupuesto modelo Superintendencia (Anexo 3 - Hoja 24).
- Plan de Tratamiento e Informe Inicial o Evolutivo.

Documentación del prestador: Habilitación, CBU, Constancia AFIP (ARCA). Esta documentación debe subirla el prestador en el portal.

Tenga en cuenta que la escolaridad tiene los siguientes niveles:

- Escuela pre-primario: de 3 a 5 años.
- Escuela primaria: de 6 a 18 años.
- Formación Laboral: desde 14 años cumplidos hasta los 24 años inclusive.

Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (Brindado por Centros Habilitados).

Documentación a presentar por el afiliado:

- Constancia de alumno regular con CUE ANEXO
- Consentimiento del prestador (Hoja 19).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento (firmado por prestador y familia - Hoja 21).
- Presupuesto modelo obra social (Hoja 22)
- Presupuesto modelo Superintendencia (Anexo 3 - Hoja 24).
- Plan de tratamiento e Informe Inicial o Evolutivo.
- Acta de acuerdo firmada por el colegio/jardín, centro y familia.

Documentación del prestador: Habilitación, CBU, Constancia AFIP (ARCA).

Esta documentación debe subirla el prestador al portal.

Maestra de Apoyo (Brindado por Maestra o Profesora de Educación Especial o Licenciada en Psicopedagogía).

Documentación a presentar por el afiliado:

- Consentimiento del prestador (Hoja 19).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento (firmado por prestador y familia - Hoja 21).
- Presupuesto modelo obra social (Hoja 22)
- Presupuesto modelo Superintendencia (Anexo 3 - Hoja 24).
- Plan de Tratamiento/ Proyecto pedagógico e Informe Inicial o Evolutivo.
- Acta de acuerdo firmada por la familia, prestadora y colegio/jardín.

Documentación del prestador: Título de Lic. En Psicopedagogía o Educación Especial junto con el Analítico, CBU, AFIP (ARCA).

Nota: Éste módulo tiene un mínimo de 32 horas semanales, en caso de brindarse menos horas deben presentar un presupuesto VALOR HORA.

Esta documentación debe subirla el prestador al portal.

Prestación de Apoyo (Terapias).

El máximo de horas total de prestaciones de apoyo será de hasta seis horas semanales. En los casos que se requiera mayor número de terapias, se realizará una evaluación con el equipo interdisciplinario para el otorgamiento de las mismas y se considerará sin excepción dentro de Módulos de Intervención acorde a la normativa vigente (Módulo Integral Simple – Módulo Integral Intensivo).

Documentación a presentar por el afiliado:

- Consentimiento del prestador (Hoja 19).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento (firmado por prestador y familia- Hoja 21).

- Presupuesto modelo obra social (Hoja 22).
- Presupuesto modelo Superintendencia (Anexo 3- Hoja 24).
- Plan de tratamiento e Informe Inicial o Evolutivo.

Documentación del Prestador: Título, RNP vigente, CBU, Constancia AFIP (ARCA).

Esta documentación debe subirla el prestador al portal.

Estimulación Temprana (Brindado por Centro Habilitado para tal fin).

A partir de 1 a 4 años, eventualmente hasta los 6 años.

Debe indicar qué terapias y qué frecuencia semanal brindará. (Máximo 3 sesiones).

Documentación a presentar por el afiliado:

- Consentimiento del prestador (Hoja 19).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento (firmado por prestador y familia - Hoja 21).
- Presupuesto modelo obra social (Hoja 22)
- Presupuesto modelo Superintendencia (Anexo 3 - Hoja 24).
- Plan de Tratamiento e Informe Inicial o Evolutivo.

Documentación del prestador: Habilitación, CBU, Constancia AFIP (ARCA).

Esta documentación debe subirla el prestador al portal.

Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar Permanente, Hogar con Centro Educativo Terapéutico.

Documentación a presentar por el afiliado:

- Consentimiento del prestador (Hoja 19).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento (firmado por prestador y familia - Hoja 21).
- Presupuesto modelo obra social (Hoja 22)
- Presupuesto modelo Superintendencia (Anexo 3 - Hoja 24).
- Plan de Tratamiento e informe inicial o evolutivo.
- Justificación médica indicando motivos por los cuales el afiliado debe permanecer en un hogar.

Documentación del prestador: Habilitación, CBU, Constancia AFIP (ARCA).

Esta documentación debe subirla el prestador al portal.

Transporte

En los casos que la persona con discapacidad deba realizar más de 1500 km totales mensuales para realizar sus tratamientos o asistir al colegio/cet, se pasara a evaluación de equipo interdisciplinario para el otorgamiento de las mismas.

Documentación a presentar por el afiliado:

- Consentimiento del prestador (Hoja 19).
- Consentimiento al Plan de Tratamiento (firmado por prestador y familia - Hoja 20).
- Presupuesto modelo obra social (Hoja 23)

- Presupuesto modelo Superintendencia de Transporte (Hoja 25,26 y 27, la última completa la familia).
- Mapa de recorrido.
- Certificado de domicilio en caso de no coincidir la dirección del DNI con la dirección declarada.

Documentación del prestador: Licencia de Conducir vigente, Seguro/Póliza vigente, VTV vigente, antecedentes penales, Habilitación Municipal para el Traslado de Pasajeros, CBU, Constancia AFIP (ARCA). Si tuviera Celadora presentar solo DNI. Esta documentación debe subirla el prestador al portal.

BAJA DE LA PRESTACIÓN

Para dar de baja la prestación (por incumplimiento del prestador, por cambio de recorrido, por motivos afiliatorios, etc.) se requiere una nota de baja que se realiza en la Obra Social (delegación o sede central) (Hoja 28) La misma debe estar firmada por el adulto responsable y debe indicar:

- Nombre de quien firma y su DNI,
- Nombre del beneficiario y DNI del beneficiario,
- Prestación a dar de baja y fecha exacta de cuándo fue atendido por última vez utilizar vez.

FACTURACIÓN

Los prestadores que ya cuenten con usuario deberán solamente ingresar al portal www.prestadores.ospm.org.ar

En el caso de no contar con un usuario deberán solicitarlo vía mail con el asunto “**ALTA PRESTADOR**” a: ccarolina@ospm.org.ar, vveronica@ospm.org.ar y jandrea@ospm.org.ar adjuntando con la siguiente documentación:

- Constancia AFIP (ARCA)
- CBU emitido por la entidad bancaria.
- Presupuesto de la obra social (Hoja 22 para todas las prestaciones excepto transporte – Hoja 23 solo para transporte).

Una vez gestionado el usuario podrás:

- Ver las autorizaciones de cada beneficiario.
- Subir tus facturas.
- Subir la documentación complementaria (planillas de asistencia).
- Recibir notificación de observaciones en tus comprobantes
- Realizar el seguimiento de las facturas y conocer su estado en todo momento.

Ante dudas y/o consultas sobre carga de facturas comunicarte vía mail a ealan@ospm.org.ar y frocio@ospm.org.ar

Importante:

Se les informa que la carga debe realizarse del 1 al 10 de cada mes a mes vencido.

Factura / Recibo: Debe contener en su descripción nombre completo, DNI, la cantidad de sesiones o kilómetros y periodo otorgado.

Cambios de estado durante la carga:

- **Ingresado al sistema:** El comprobante fue cargado correctamente.
- **Aprobado presentación:** Documentación auditada y aprobada.
- **Detalle de comprobante:** Falta documentación, chequear en la factura cargada y/o en la autorización.
- **Tesorería:** La factura se encuentra cargada en el sistema interno de la obra social.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9

ANEXO II- CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026.

Fecha: ____/____/____.

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de afiliado:

Yo _____
(Nombre completo y DNI de quien firma) 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 la prestación: desde _____ Hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____.

Período de la prestación: desde _____ Hasta _____

Prestación:

_____ Prestador:

_____.

Período de la prestación: desde _____ Hasta _____

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 padre/madre/tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es
detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Celular:.....

Mail:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA

RNOS. Nº 1-1120-9

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE COMPLETO:

Nº AFILIADO/DNI:

EDAD:

DIAGNÓSTICO:

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9

PEDIDO DE ESCOLARIDAD

NOMBRE COMPLETO:

Nº AFILIADO/DNI:

EDAD:

DIAGNÓSTICO:

NIVEL PRE-PRIMARIO ESPECIAL (DE 3 A 5 AÑOS)

JORNADA SIMPLE

JORNADA COMPLETA

CON DEPENDENCIA

CON COMEDOR

NIVEL PRIMARIO ESPECIAL (DE 6 A 18 AÑOS)

JORNADA SIMPLE

JORNADA COMPLETA

CON DEPENDENCIA

CON COMEDOR

ESCUELA CON FORMACIÓN LABORAL (DE 14 A 24 AÑOS)

JORNADA SIMPLE

JORNADA COMPLETA

CON DEPENDENCIA

CON COMEDOR

PERIODO DE COBERTURA:

DESDE _____ AÑO _____ HASTA _____ AÑO _____

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9

PEDIDO DE CENTROS

NOMBRE COMPLETO:

Nº AFILIADO/DNI:

EDAD:

DIAGNÓSTICO:

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

JORNADA SIMPLE

JORNADA DOBLE

CON DEPENDENCIA

CENTRO DE DÍA

JORNADA SIMPLE

JORNADA DOBLE

CON DEPENDENCIA

HOGAR CON CENTRO DE DÍA

JORNADA SIMPLE

JORNADA DOBLE

CON DEPENDENCIA

HOGAR PERMANENTE CON CENTRO DE DÍA

JORNADA SIMPLE

JORNADA DOBLE

CON DEPENDENCIA

PERIODO DE COBERTURA:

DESDE _____ AÑO _____ HASTA _____ AÑO _____

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9

PEDIDO DE INTEGRACIÓN

NOMBRE COMPLETO:

Nº AFILIADO/DNI:

EDAD:

DIAGNÓSTICO:

MAESTRA DE APOYO
(ESPECIFICAR CARGA HORARIA) _____

MÓDULO DE APOYO
A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
(ESPECIFICAR CARGA HORARIA) _____

PERIODO DE COBERTURA:

DESDE _____ AÑO _____ HASTA _____ AÑO _____

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9

PEDIDO DE PRESTACIONES

NOMBRE COMPLETO:

Nº AFILIADO/DNI:

EDAD:

DIAGNÓSTICO:

PRESTACIONES

SESIONES POR SEMANA

- FONOAUDIOLOGÍA
- KINESIOLOGÍA
- PSICOMOTRICIDAD
- PSICOLOGÍA
- PSICOPEDAGOGÍA
- TERAPIA OCUPACIONAL

PERIODO DE COBERTURA:

DESDE _____ AÑO _____ HASTA _____ AÑO _____

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9

PEDIDO DE ESTIMULACIÓN

NOMBRE COMPLETO:

Nº AFILIADO/DNI:

EDAD:

DIAGNÓSTICO:

MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

-SI

-NO

TERAPIAS A REALIZAR:

PERIODO DE COBERTURA:

DESDE _____ AÑO _____ HASTA _____ AÑO _____

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9

PEDIDO DE TRANSPORTE

NOMBRE COMPLETO:

Nº AFILIADO/DNI:

EDAD:

DIAGNÓSTICO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:

MADRE:

PADRE:

TURNOS HORARIOS:

MADRE:

PADRE:

HERMANOS:

DSM IV- CIE X:

DEFICIENCIA:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE:

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9

PEDIDO DE TRANSPORTE

NOMBRE COMPLETO:

Nº AFILIADO/DNI:

EDAD:

DIAGNÓSTICO:

SOLICITUD TRANSPORTE 1

ORIGEN (DOMICILIO):

DESTINO:

DEPENDENCIA: -SI

-NO

ADJUNTAR ESCALA FIM

PERIODO DE COBERTURA:

DESDE _____ AÑO _____ HASTA _____ AÑO _____

SOLICITUD TRANSPORTE 2

ORIGEN (DOMICILIO):

DESTINO:

DEPENDENCIA: -SI

-NO

ADJUNTAR ESCALA FIM

PERIODO DE COBERTURA:

DESDE _____ AÑO _____ HASTA _____ AÑO _____

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

Nombre y Apellido:

DNI:

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

FIM TOTAL	DOMINIO	CATEGORÍA	PUNTAJE
126 PUNTOS	MOTOR 91 PUNTOS	Auto cuidado 1.Alimentación 2.Arreglo personal 3.Baño 4.Vestido hemicuerpo superior 5.Vestido hemicuerpo inferior 6.Aseo perineal	
		Control de esfínteres 7.Control de vejiga 8.Control de Intestino	
		Movilidad 9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas. 10.Traslado al baño 11.Traslado en bañera o ducha	
		Ambulación 12.Caminar/desplazarse en silla de ruedas. 13.Subir/bajar escaleras	
	COGNITIVO 35 PUNTOS	Comunicación 14. Comunicación 15. Expresión	
		Conocimiento Social 16. Interacción Social 17. Solución de problemas 18. Memoria	

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7 Independencia completa 6 Independencia modificada
Dependencia modificada	5 Supervisión 4 Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3 Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2 Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1 Asistencia total (menor del 25% de independencia)

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

Evaluación global – Datos relevantes

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuro-psicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente:

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9

CONSENTIMIENTO DEL PRESTADOR

FECHA:

PRESTADOR:

AFILIADO:

- ME NOTIFICO QUE SOLO INICIARÉ LA PRESTACIÓN A PARTIR DE QUE LA MISMA SE ENCUENTRE AUTORIZADA FEHACIENTEMENTE POR LA OBRA SOCIAL.

PRESTACIÓN	FIRMA	ACLARACIÓN

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA
R.N.O.S Nº 1-1120-9CONSENTIMIENTO – DIAGRAMA DE TRASLADOS
(RESOL. Nº 889-E/17 – SSSALUD)

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: _____

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD/PROVINCIA: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

TRASLADOS:

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM VIAJE	IMPORTE x KM	IMPORT E DIARIO
---------	---------	------------	----------	-----------------	--------------------

DEPENDENCIA: - SI -NO _____ MONTO MENSUAL: _____

PERIODO COBERTURA: DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (MARCAR CON UNA CRUZ LOS DIAS DE TRASLADO)

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

OBSERVACIONES: _____

FIRMA RESPONSABLE DEL TRANSPORTE_____
ACLARACIÓNA COMPLETAR POR LA FAMILIA:CONSENTIMIENTO:POR LA PRESENTE DEJO CONSTANCIA DE MI CONSENTIMIENTO AL ESQUEMA DE
TRANSPORTE DESCRIPTO PRECEDENTEMENTE AL:

BENEFICIARIO: _____ DNI: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE: _____

ACLARACIÓN: _____ DNI: _____

LUGAR Y FECHA DE CONSENTIMIENTO: _____

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA
R.N.O.S Nº 1-1120-9CONSENTIMIENTO AL PLAN DE TRATAMIENTO – ESPECIALIDADES
(RESOL. Nº 887-E/17 – SSSALUD)

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: _____
RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR: _____
DOMICILIO: _____
LOCALIDAD/PROVINCIA: _____
TELÉFONO: _____
NOMBRE DEL AFILIADO: _____
DNI: _____

PRESTACION (SEGÚN MECANISMO DE INTEGRACIÓN)	CANTIDAD DE SESIONES	MONTO SESIÓN	MONTO MENSUAL
---	----------------------------	--------------	---------------

PERIODO COBERTURA: DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: CATEGORÍA:

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIOS						

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE DE INSTITUCIÓN

ACLARACIÓN

A COMPLETAR POR LA FAMILIA:

CONSENTIMIENTO:

POR LA PRESENTE DEJO CONSTANCIA DE MI CONSENTIMIENTO AL ESQUEMA DESCRIPTO
PRECEDENTEMENTE AL:

BENEFICIARIO: _____ DNI: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE: _____

ACLARACIÓN: _____ DNI: _____

LUGAR Y FECHA DE CONSENTIMIENTO: _____

MODELO DE PRESUPUESTO DE PRESTADORES

FECHA:

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO:

DNI:

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD:

PERIODO: DESDE _____ HASTA _____

SESIONES SEMANALES:

SESIONES MENSUALES:

VALOR DE LA SESIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN: _____ \$ _____

VALOR MENSUAL:

PRESTADOR:

Nº CUIL:

DOMICILIO:

LOCALIDAD/PROVINCIA:

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR:

EMAIL:

CONDICIÓN FRENTE AL IVA:

CBU Nº:

BANCO:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Indicar días y horarios de concurrencia.

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIOS						

ES OBLIGATORIO COMPLETAR LOS CAMPOS SOLICITADOS CON LETRA LEGIBLE

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

MODELO DE PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

FECHA:

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO:

DNI:

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD:

PERIODO: DESDE _____ HASTA _____

DESDE EL DOMICILIO: _____ LOCALIDAD _____

HASTA EL DOMICILIO: _____ LOCALIDAD _____

PRESTACIÓN A LA QUE ASISTE: _____

CANTIDAD DE KMS DIARIOS:

CANT. DE KMS MENSUALES:

VALOR TOTAL MENSUAL: \$

VALOS DEL KM: \$ _____ SEGÚN _____

RESOLUCIÓN: DEPENDENCIA: -SI _____ -NO _____

PRESTADOR:

Nº CUIL:

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR:

EMAIL:

CBU Nº: _____ BANCO: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Indicar días y horarios de concurrencia.

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIOS						

ES OBLIGATORIO COMPLETAR LOS CAMPOS SOLICITADOS CON LETRA LEGIBLE

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

PLANILLAS – SUPERINTENDENCIA DE SALUD (ANEXO III)**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

FECHA:

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR:

CUIL/CUIT:

DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN:

EMAIL:

TELÉFONO:

BENEFICIARIO:

DNI:

MODALIDAD PRESTACIONAL A BRINDAR:

TIPO DE JORNADA A REALIZAR:

CATEGORÍA:

PERIODO COBERTURA: DESDE

HASTA

EN CASO DE CORRESPONDER:

ALMUERZO: -SI -NO

MONTO MENSUAL: \$

DEPENDENCIA: -SI -NO

MATRÍCULA ANUAL:

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES: MONTO POR
SESIÓN:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

Indicar el día y horario de asistencia a la prestación.

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR:

PLANILLAS – SUPERINTENDENCIA DE SALUD (ANEXO III)**PRESUPUESTO PRESTACIONAL: TRANSPORTE**

FECHA:

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR:

CUIL/CUIT:

DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN:

EMAIL:

TELÉFONO:

SEGURO/PÓLIZA:

Nº PÓLIZA:

BENEFICIARIO:

DNI:

PERIODO: DESDE

HASTA

DIAGRAMA DE TRASLADO:

VIAJES	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DE DESTINO	KM X VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
VIAJE 1					
VIAJE 2					
VIAJE 3					

CRONOGRAMA DE TRASLADO:

DIA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
1						
2						
3						

TOTAL DE KM MENSUALES:

EN CASO DE CORRESPONDER:

DEPENDENCIA: -SI -NO

VALOR DEL KM:

MONTO MENSUAL:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PRESTADOR:

CONFORMIDAD TRANSPORTE:

Fecha: / /

Apellido y Nombre del Beneficiario: Número de Afiliado (DNI): Yo con Documento

Tipo (.....) doy conformidad al Diagrama de Traslados por el periodo:

desde..... hasta.....

Firma: Aclaración:.....

Documento:.....

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 traslados.

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.

**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
MAESTRANZA RNOS. Nº 1-1120-9**

AV. CASEROS Nº 3379 (CP 1240), CABA. – 3220-0430 INT 2002 (AREA DISCAPACIDAD).

NOTA DE BAJA DE PRESTACIÓN

BUENOS AIRES

FECHA: _____

YO _____

(*NOMBRE COMPLETO Y DNI*) MAMÁ / PAPÁ / TUTOR RESPONSABLE DEL

AFILIADO _____ (*NOMBRE*

COMPLETO Y DNI DEL AFILIADO) NOTIFICO LA BAJA DE LA PRESTACIÓN

(*NOMBRE Y ESPECIALIDAD*), A PARTIR DE LA FECHA _____

MOTIVO:

FIRMA:

DNI Nº:

NOMBRE Y APELLIDO:

PARENTESCO:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA – SECTOR DISCAPACIDAD

Hoja de verificación.

Presentar esta planilla para verificar que la documentación se esté presentando de forma correcta.

Nombre y Apellido del Afiliado:

DNI:

Prestación/es a presentar:

TILDAR LO QUE CORRESPONDA

DOCUMENTACIÓN PERSONAL ☐ Certificado Único de Discapacidad VIGENTE ☐ DNI titular y afiliado ☐ CARNET VIGENTE titular y afiliado ☐ Último recibo de sueldo o últimos tres comprobantes de pago por Monotributo ☐ Constancia de alumno regular ☐ Conformidad por las prestaciones (anexo II)	DEL MÉDICO ☐ Resumen de Historia Clínica ☐ Prescripción médica (indicar debajo según prestación)
DEL PRESTADOR ☐ Consentimiento del prestador ☐ Consentimiento Bilateral al Plan de tratamiento ☐ Presupuesto modelo Obra Social (modelo prestadores) ☐ Presupuesto modelo Superintendencia (o Anexo III) ☐ Plan de tratamiento ☐ Informe inicial (si es primera vez con la prestación) y/o Informe evolutivo (para prestaciones ya solicitadas) ☐ Documentación del prestador (Título, RNP, CBU, AFIP, HABILITACIÓN) EN CASO DE APOYO ESCOLAR O MAESTRA DE APOYO ☐ Acta de acuerdo firmada ☐ Plan de abordaje a la Adecuación Escolar	
DEL TRANSPORTE ☐ Consentimiento del prestador ☐ Consentimiento Bilateral – Diagrama de Traslados ☐ Presupuesto modelo Obra Social (modelo prestadores transporte) ☐ Presupuesto modelo Superintendencia (última hoja completa la familia) ☐ Mapa del recorrido. ☐ Documentación del prestador (LIC. DE CONDUCIR, SEGURO/PÓLIZA, VTV, ANTEC. PENALES, HABILITACIÓN, CBU, AFIP, DATOS CELADORA SI TUVIERA)	

FECHA DE ENTREGA: