



*Obra Social del Personal  
de la Enseñanza Privada*

R.N.O.S. 1-0680-7

---

# CARTILLA MEDICA

---

**VIGENCIA:  
AÑO 2022-2023**



**O.S.P.E.P.**

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*

*Página 1 de 19*



*Obra Social del Personal  
de la Enseñanza Privada*

*R.N.O.S. 1-0680-7*

# **ANEXO IV**

# **Cartilla de discapacidad**

*AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7*

---

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*

*Página 2 de 19*



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

## INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2022

### PROCEDIMIENTOS e Instrucciones

Los afiliados con discapacidad deberán seguir el siguiente listado de procedimientos e instrucciones para lograr el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24.901

### CONSIDERACIONES GENERALES

Para solicitar las prestaciones en discapacidad del año 2022 usted deberá presentar todos los requerimientos y su respectiva documentación en una única entrega a fin de que podamos tener una visión global de los tratamientos que el beneficiario requiera.

**De acuerdo con la normativa vigente la presentación se realizará únicamente de manera digital. Se aceptará documentación firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.**

**La presentación de esta se realizará vía web exclusivamente.**

**Tiempo máximo de presentación 30 días desde la fecha de inicio de tratamiento.**

- No se recibirá documentación incompleta o incorrecta.
- Los formularios adjuntos son de presentación obligatoria sin excepción
- La documentación que se presente deberá poseer fecha de emisión previa al inicio de la prestación, especialmente la indicación médica. La documentación de los profesionales intervinientes deberá ser fechada con posterioridad a la fecha del pedido médico.
- Todo formulario para completar por el médico tratante, profesional interviniente, madre/padre y/o tutor, debe confeccionarse con misma letra y tinta, sin enmiendas ni tachaduras. Queda reiterado no se aceptarán documentos ilegibles.
- En ningún caso la recepción de la documentación significará la autorización de la cobertura.
- La existencia de la cobertura de prestaciones en años anteriores no obliga a OSPEP a cubrir su continuidad, sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- En las especialidades de psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, psicomotricidad, kinesiología, musicoterapia, etc., cada sesión implica una carga horaria mínima de 45 minutos. No se aceptará que se consideren dos sesiones consecutivas para cumplir con ese tiempo.
- Debe existir total coincidencia entre las prestaciones indicadas por el médico tratante (incluida cantidad de sesiones y/o tipo de jornada, período de cobertura, etc.) y el resto de la documentación: presupuestos, consentimientos, planes de trabajo, etc.
- El inicio de las prestaciones sin la debida autorización no obliga a OSPEP a cubrirlas.
- OSPEP no autorizará prestaciones con profesionales o instituciones que no se encuentren inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Agencia Nacional de Discapacidad según corresponda.

*AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7*

---

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

- Equipo interdisciplinario de discapacidad, encargado de la evaluación y autorización de las prestaciones, podrá requerir documentación ampliatoria o aclaratoria si lo considera necesario para determinar la cobertura a autorizar. Se podrá requerir evaluaciones interdisciplinarias, documentación ampliatoria, lo que se considere necesario en cada caso.
- En los casos que se produzca (por diferentes circunstancias) el cambio de un profesional y/o institución deberá presentar la documentación del nuevo prestador junto con una nota del socio titular indicando a partir de qué mes se realiza el cambio. Si la prestación no modifica modalidad (cantidad de sesiones, tipo de jornada) no es necesario que presente nueva orden médica.

Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador.

## ACLARACIONES

- La prestación de Hidroterapia se autorizará prioritariamente cuando el paciente presente patología motora. La prestación debe brindarse en Instituciones en Centros de Rehabilitación inscriptos en la Agencia de Discapacidad (AND). En el caso que la prestación se lleve a cabo por un profesional particular en un natatorio, es excluyente que el profesional a cargo tenga el título de kinesiología, fisioterapia o psicomotricidad (adjuntando la inscripción en el registro Nacional de Prestadores vigente). Asimismo, el natatorio debe estar habilitado.
- Se aclara que los profesores de Educación Física no se encuentran habilitados para brindar tratamientos de rehabilitación.
- Equino terapia no es una prestación reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación y no se encuentra incluida en el Plan Médico Obligatorio.
- Es importante destacar que se debe indicar como prestación tratamiento Cognitivo Conductual y/o Taller de Habilidades Sociales, sino que deberá nombrar únicamente la disciplina, por ejemplo: para TCC psicología, psico- pedagogía; para habilidades sociales: psicología, terapia ocupacional.

Entre paréntesis puede aclararse el abordaje (cognitivo conductual, habilidades sociales).

- Las terapias de rehabilitación se solicitan por disciplina sin especificación del abordaje. Ejemplo: para fonoaudiología no debe especificarse neurolingüística o técnica a utilizar.

## DOCUMENTACIÓN PARA PRESENTAR

- Resumen de historia clínica en el formulario que se adjunta, emitido por el médico tratante completo en su totalidad. La fecha deberá ser anterior al comienzo de las prestaciones
- Indicación médica: en formulario que se adjunta, el mismo médico tratante deberá confeccionar una orden médica por cada prestación solicitada. La fecha de emisión de esta deberá ser anterior al comienzo del tratamiento.
- Si prescribe terapias ambulatorias (ejemplo: psicología, psicopedagogía, etc.) detallar la cantidad de sesiones semanales de cada prestación.

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

- De indicar concurrencia a una institución (ejemplo: escolaridad, CET, Centro de Día, etc.) aclarar si es jornada simple, doble o reducida. Si se trata de jornada reducida explicitar cantidad de días y horas diarias.
- En todos los casos indicar el período de cobertura (de qué mes a qué mes del 2022 se realizará la prestación).
- La prestación de transporte debe especificar para qué prestaciones solicitan el mismo, punto de origen, punto de destino, si es con regreso, frecuencia semanal, período de cobertura. Es importante que se indique si corresponde o no la dependencia.
- En caso de indicar dependencia, el médico deberá completar la escala FIM.
- Para solicitar Integración escolar se deberá solicitar "módulo maestro de apoyo" o "módulo equipo de apoyo a la integración escolar". En ambos casos consignar frecuencia semanal, tipo de jornada y período de cobertura.
- Deberá adjuntar constancia de concurrencia al establecimiento Educativo o Educativo Asistencial al que asiste el beneficiario. En caso de escolaridad podrá presentar la constancia de reserva de vacante o pago de matrícula 2022, debiéndose indefectiblemente durante el mes de marzo 2022 presentar la constancia de alumno regular.
- Cuando se trate de escuela común debe incluir el número de CUE.

## DOCUMENTACIÓN PERSONAL

- Fotocopia del DNI del beneficiario. Constancia de CUIL del beneficiario.
- Copia del Certificado de Discapacidad vigente emitido por la autoridad competente. En caso de presentación por primera vez o renovación de CUD deberá traer el original.

Si el mismo venciera en el transcurso del año 2022, la cobertura se otorgará hasta la fecha de su vencimiento, debiendo el asociado presentar la renovación a fin de poder extender la cobertura de las prestaciones autorizadas hasta el final del ciclo 2022.

- Documentación de la persona que firmará el convenio por las prestaciones solicitadas en caso que no sea el firmante el beneficiario.

En caso de menores, deberá acreditarse el vínculo con la copia de la partida de nacimiento, DNI del firmante.

En caso de cónyuges deberá acreditar vínculo (libreta o acta de matrimonio, certificado de convivencia, etc.), DNI del firmante.

En caso que el firmante no pertenezca al grupo primario del beneficiario, deberá presentar poder general y amplio de administración, DNI del firmante.

El poder otorgado por el ANSES para el cobro de jubilaciones y/o pensiones no es válido para la celebración del convenio.

*AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7*

---

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

En caso de curatela deberá presentar copia de la sentencia, DNI del firmante.

## REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

### INSTITUCIONES

- Presupuesto en original en el formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Consentimiento entre el beneficiario y prestador interviniente en formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Informe de evolución 2021 (sólo si es continuidad de tratamiento) original, con fecha, firma y sello. En el mismo debe constar período de abordaje, modalidad de prestación (si fue virtual, presencial o mixta), descripción de las intervenciones realizadas con el beneficiario y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Si la prestación es brindada por primera vez, se deberá presentar el informe de evaluación inicial, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Deberá estar firmado y sellado por las personas que han intervenido en dicha evaluación.
- Plan de tratamiento 2022: deberá constar el período de tratamiento, modalidad en la que se llevará a cabo la prestación, los objetivos específicos de abordaje, las estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos. El mismo debe presentarse en original, con fecha, firma y sello.
- Constancia de concurrencia a la institución.
- Para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con CET, centro de día o CET, en caso que el médico tratante solicite “con dependencia”, el establecimiento deberá presentar un 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 brindarán conforme al plan de abordaje individual
- Fotocopia de la categoría otorgada por el Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación vigente.
- Formulario inscripción AFIP.
- Constancia de CBU.

### PROFESIONALES

- Presupuesto en original en el formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Consentimiento entre el beneficiario y prestador interviniente en formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Informe de evolución 2021 (sólo si es continuidad de tratamiento) original, con fecha, firma y sello. En el mismo debe constar período de abordaje, modalidad de prestación (si fue virtual,

*AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7*

---

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspaos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

presencial o mixta), descripción de las intervenciones realizadas con el beneficiario y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

- Si la prestación es brindada por primera vez, se deberá presentar el informe de evaluación inicial, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Deberá estar firmado y sellado por las personas que han intervenido en dicha evaluación.
- Plan de tratamiento 2022: deberá constar el período de tratamiento, modalidad en la que se llevará a cabo la prestación, los objetivos específicos de abordaje, las estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos. El mismo debe presentarse en original, con fecha, firma y sello.
- Título habilitante.
- Constancia en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Agencia Nacional de Discapacidad (AND) con su respectiva categorización.

Los profesionales que efectúen prestaciones de rehabilitación como por ejemplo Psicología, Fonoaudiología, Kinesiología, Musicoterapia, Psicopedagogía, Psicomotricidad, Terapia Ocupacional, etc. deberán presentar la inscripción vigente sin excepción. En caso que el vencimiento se produzca durante el transcurso del año 2022 deberá presentar la renovación del mismo.

- DNI
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU

## INTEGRACIÓN ESCOLAR

- ACTA ACUERDO firmada por los padres, por la escuela común y la maestra integradora o responsable del centro de integración, según corresponda, en formulario que se adjunta. La fecha que debe constar en el mismo debe ser posterior a la finalización del ciclo lectivo 2021.
- Plan de abordaje individual 2022 con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionado por profesional o equipo tratante.
- En caso de continuidad de tratamiento, informe de evolución 2021. En el mismo debe constar período de abordaje, modalidad de prestación (si fue virtual, presencial o mixta), descripción de las intervenciones realizadas con el beneficiario y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Si la prestación es brindada por primera vez, se deberá presentar el informe de evaluación inicial, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Deberá estar firmado y sellado por las personas que han intervenido en dicha evaluación
- Presupuesto en original en el formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Consentimiento entre el beneficiario y prestador interviniente en formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad. • Constancia de alumno regular.

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

---

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspaos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

- Tanto la constancia de alumno regular como el acta acuerdo deberán ser presentadas dentro de los 30 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
- Módulo equipo de apoyo a la integración escolar: presentación de la categorización para la modalidad Servicio de Apoyo a la Integración escolar. Dicha categorización es brindada por los Servicios de Atención a favor de las personas con Discapacidad, dependientes de la ANDIS.
- Módulo maestro de apoyo: podrán brindar esta modalidad Lic. en psicopedagogía, psicopedagogas, profesores de educación especial. En caso que deba ser Lic. en psicología, el médico tratante deberá justificar su intervención. Deberá presentar título habilitante y certificado analítico de materias
- Copia de la inscripción en el RNP de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Constancia de CUIT
- Copia de DNI
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU

## ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Se entiende por estimulación temprana al proceso educativo - terapéutico que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y el niño pequeño hasta los 4 años, pudiendo extenderse en algunos casos hasta los 6 años de vida.

Sólo podrán brindar la prestación los Centros de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

En caso de no contar con un centro habilitado en la zona de residencia, la prestación podrá ser brindada por un equipo interdisciplinario, detallando los distintos profesionales intervinientes.

Requisitos:

- La indicación médica deberá indicar estimulación temprana, aclarando las prestaciones que incluye, la cantidad de sesiones semanales y el período de cobertura.
- Constancia de concurrencia en caso de asistir a un Centro.
- Formulario de presupuesto que se adjunta.
- Formulario de consentimiento entre beneficiario y profesional/ centro interviniente.
- Plan de tratamiento 2022: deberá constar el período de tratamiento, modalidad en la que se llevará a cabo la prestación, los objetivos específicos de abordaje, las estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos. El mismo debe presentarse en original, con fecha, firma y sello.

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

---

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspaos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583





# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

- En caso de continuidad de tratamiento, informe de evolución 2021. En el mismo debe constar período de abordaje, modalidad de prestación (si fue virtual, presencial o mixta), descripción de las intervenciones realizadas con el beneficiario y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Si la prestación es brindada por primera vez, se deberá presentar el informe de evaluación inicial, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Deberá estar firmado y sellado por las personas que han intervenido en dicha evaluación
- Si es un centro presentar copia de la categorización para la modalidad Estimulación Temprana.
- Si es un equipo interdisciplinario, presentar copia del título habilitante de cada profesional y copia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores vigente.
- Copia de DNI.
- Formulario de AFIP.
- Constancia de CUIT
- Constancia de CBU.

## TRANSPORTE

- Formulario de presupuesto en original, confeccionado por la empresa de transporte y/o transportista, y contar con firma y sello. Debe constar el punto de origen y destino de cada viaje, cantidad de kilómetros por tramo y cronograma de traslados

Para presupuestar el adicional por dependencia, deberá estar indicado por su médico tratante en la orden presentada. No corresponde dependencia para menores de 6 años. En caso de superar la edad, y solicitar dependencia, se debe adjuntar tabla FIM.

- Formulario de consentimiento, confeccionado por la empresa de transporte y/o transportista, y contar con firma y sello. Debe contener la conformidad del beneficiario o familiar responsable o tutor.
- En caso de dependencia se deberá incluir en el diagrama de traslados los apoyos específicos que se brindarán.
- Impresión en Google Maps de cada uno de los recorridos solicitados.
- Copia de la habilitación municipal (agencia y/o transporte habilitado) vigente.
- Copia de registro habilitante de remis/transporte escolar vigente.
- Copia de póliza de seguro vigente.
- Copia del registro de conducir.
- Copia de la Inscripción en AFIP.
- DNI del transportista.

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

---

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

- Copia de VTV en caso de corresponder.
- Constancia de CUIT.
- Constancia de CBU.

## FACTURACIÓN

- La facturación se presentará a mes vencido sin excepción.
  - La factura se recepcionarán del 1 al 15 de cada mes en la dirección de email de la O Social OSPEP: [discapacidad@ospepweb.com.ar](mailto:discapacidad@ospepweb.com.ar)
  - No se aceptarán facturas que superen los 60 días de efectuado el tratamiento
  - Deberá realizarse en una sola presentación las facturas de todas las prestaciones que tiene aprobadas, no pudiéndose tomar solicitudes de reintegros parciales.
  - Se facturará un mes Calendario por factura, dirigida a: O.S.P.E.P. : domicilio: Av. Jujuy 226 – CABA , C.U.I.T: 30-55247412-7, IVA: EXENTO
  - En Producto/Servicio de la factura se deben consignar :
    - **Nombre, apellido (COMPLETOS) , N° DNI y de beneficiario**
    - **Fecha de la Prestación (o periodo)**
    - **Tipo de Prestación (según fuese autorizado)**
    - **Modalidad de la Jornada: Cantidad de Sesiones, valor unitario**
    - **Monto Individual de cada concepto y sumatoria total de las prestaciones.**
- Si es de transporte consignar también:
- **Cantidad de Viajes**
  - **Direcciones de partida y destino**
  - **Cantidad de Kilómetros del mes (redondear , sin comas)**
  - **Indicar si es beneficiario fue autorizado con dependencia : SI/NO**
- Las facturas deben contener los siguientes datos:
    - Deberán enviar Factura y Planilla de Asistencia Mensual EN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA firmada por el Prestador, la persona con Discapacidad o familiar Responsable /tutor (con aclaración de firma y parentesco)
    - La recepción de la documentación presentada NO implica la aceptación para el pago del monto facturado, ya que la misma se encuentra sujeta a la aprobación por parte del área correspondiente.

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

- La incorrecta y/o incompleta presentación de la documentación requerida es motivo de RECHAZO para la gestión correspondiente al pago de la/s prestación/es autorizadas.

## EL RECIBO

Una vez recibida la transferencia se enviará el mismo a: [discapacidad@ospepweb.com.ar](mailto:discapacidad@ospepweb.com.ar)

- Se deberá extender a nombre de: OSPEP
- Y deberá contener: N° de la factura que cancela, periodo de la misma e importe

## Circuito de facturación y pago:

- OSPEP recepcionará las facturas y documentación ([discapacidad@ospepweb.com.ar](mailto:discapacidad@ospepweb.com.ar)) y en caso de existir observaciones, se informarán para su pronta corrección y cumplimiento, debiendo enviar la documentación corregida al mismo correo electrónico.
- Una vez analiza y aprobada toda la documentación recibida, Sygma (gerenciadora de OSPEP) enviará el mail con la leyenda "ACEPTADA" en el Asunto ([jfinelli@hemisferiosalud.com.ar](mailto:jfinelli@hemisferiosalud.com.ar))
- Las facturas ACEPTADAS serán ingresadas al "Mecanismo de Integración" de la SSS
- Una vez que la SSS apruebe y la AFIP acredite los fondos a la cuenta de OSPEP, desde la O.S. se realizarán las transferencias al CBU informado por cada prestador.

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

---

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: .....

Nombre y Apellido: .....

Domicilio: .....

.....

Fecha de nacimiento: ..... Edad: ..... Sexo: .....

Tipo y Nro. de documento: ..... N° beneficiario: .....

Diagnóstico (según certificado único de discapacidad) .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma y sello del profesional



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

## Prestación de apoyo (terapia única)

Fecha: .....

Nombre y apellido: .....

Asociado N°: ..... D.N.I.: .....

Diagnóstico: .....

.....

.....

Prestación: .....

.....

.....

.....

Cantidad de sesiones semanales: .....

.....

Período desde: ..... hasta ..... 2022

Instituciones (Escolaridad especial, Centro de día, Centro educativo terapéutico, etc.)

Fecha:

Firma y sello del médico tratante

## PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

Nombre y apellido: .....

Asociado N°: ..... D.N.I.: .....

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....

Prestación: .....

.....

.....

.....

Tipo de jornada: .....

Dependencia S/N: .....

Período desde: ..... hasta \_\_\_\_\_ 2022

Firma y sello del médico tratante

## Centro de orientación y/o coordinación de servicios

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

Todas las consultas vinculadas con el área de discapacidad deberán ser enviadas por mail a la referente de atención del beneficiario con discapacidad. Todas las solicitudes de evaluación, apoyo o servicios y medicamentos serán remitidos al equipo interdisciplinario de la obra social para su evaluación y dictamen.

<b>REFERENTE ATENCIÓN AL BENEFICIARIO</b>  <b>Con discapacidad</b>	<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Analia Manzur</b>
	<b>Cargo</b>	<b>Empleada ADMINISTRATIVA</b>
	<b>Teléfono</b>	<b>TEL/FAX: 4956-0408/09</b>
	<b>e-mail</b>	<b>discapacidad@ospepweb.com.ar</b>

<b>REFERENTE ATENCIÓN AL BENEFICIARIO</b>  <b>Con discapacidad</b>	<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Lic. María del Carmen Larrachado</b>
	<b>Cargo</b>	<b>Empleada ADMINISTRATIVA</b>
	<b>Teléfono</b>	<b>4326-2770</b>
	<b>e-mail</b>	<b>mclarrachado@hemisferiosalud.com.ar</b>

## OTRAS VIAS DE COMUNICACIÓN

<b>CANALES COMUNICACIONALES DISPONIBLES PARA EL BENEFICIARIO</b>	
<b>Sede central</b>  <b>Atención presencial</b> <b>Si/NO</b>	<b>AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL</b>
<b>Teléfono/s</b>	<b>TEL/FAX: 4956-0408/09</b>

## Integrantes del Equipo Interdisciplinario discapacidad

*AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7*

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de*

*Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

<b>Nombre y Apellido/Mail/Teléfono</b>	<b>Profesión</b>
<b>Marty Alberto</b> martyalberto@gmail.com	<b>Medico</b> MN 72306
<b>Analia Manzur</b> discapacidad@ospepweb.com.ar	<b>Administrativa</b>
<b>Lic. María del Carmen Larrachado</b> mclarrachado@hemisferiosalud.com.ar	<b>Administrativa</b>
<b>Pascual Jorge</b> jorgeapascual@yahoo.com.ar	<b>Médico Legista</b> MN 63011
<b>Osorio Erica</b> erimosorio@gmail.com	<b>Trabajadora Social</b>
<b>Johanna Finelli</b> Jfinelli@hemisferiosalud.com.ar	<b>Administrativa</b>
<b>GONZALO Xavier Zabala</b> gonzaloxabala@gmail.com	<b>Abogado</b>

## Integrantes del Equipo Interdisciplinario Salud Mental

<b>Nombre y Apellido/Mail/Teléfono</b>	<b>Profesión</b>
<b>Dr. Aviel Tolcachier</b> aviel.tolca@gmail.com	<b>Medico</b>
<b>Osorio Erica</b> <a href="mailto:erimosorio@gmail.com">erimosorio@gmail.com</a>	<b>Trabajadora Social</b>
<b>Pascual Jorge</b> <a href="mailto:jorgeapascual@yahoo.com.ar">jorgeapascual@yahoo.com.ar</a>	<b>Médico Legista</b>

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583





# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

Mariana Claiman/ licenciadaclaiman@gmail.com	Psicóloga
Ana Gershanik/ coordinacion@gmail.com	Psicóloga

## Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario:

El contacto con el equipo interdisciplinario será diagramado por la referente de atención al beneficiario con discapacidad que solicitará toda la información necesaria para la evaluación, historia clínica del médico de cabecera y especialistas, requerimientos, escala funcional, etc. Esta información será remitida por mail, en caso de ser necesario se solicitará información complementaria o se realizarán reuniones con el equipo interdisciplinario en pleno o con alguno de sus integrantes por diferentes vías de comunicación. Finalmente se definirá un dictamen y una recomendación en referencia a las necesidades planteadas, en términos generales las evaluaciones se reevalúan anualmente.

## Procedimiento de autorizaciones

REFERENTE ATENCIÓN AL BENEFICIARIO  Con discapacidad	Nombre y Apellido	Analia Manzur
	Cargo	Empleada
	Teléfono	TEL/FAX: 4956-0408/09
	e-mail	analia.manzur@ospepweb.com.ar

Las autorizaciones una vez aprobadas serán remitidas por mail.

## ACTUALIZACIÓN DE LA CARTILLA

La cartilla se actualizará en forma anual, luego de revisar la cobertura y accesibilidad prestacional. Se puede consultar en la página web de la obra social: [www.ospepweb.com.ar](http://www.ospepweb.com.ar) o solicitar por mail a [info@ospepweb.com.ar](mailto:info@ospepweb.com.ar)

## LISTADO DE PRESTADORES:

La obra social no cuenta con un listado de prestadores exclusivo, por lo tanto se acepta cualquier prestador que haya sido recomendado por su médico, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos que se adjuntan.

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de

Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583

Página 17 de 19



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

## **Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2023:**

- Certificado de Discapacidad vigente.
- Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante.
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II.
- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto prestacional
- 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 e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- 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 para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06- Ministerio de Salud).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Constancia de CUIT.

*AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7*

---

*La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583*



# Obra Social del Personal de la Enseñanza Privada

R.N.O.S. 1-0680-7

- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

## Documentación específica por prestación:

*Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:*

- Constancia de alumno regular.
- Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Tanto la constancia como el acta deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.

*Transporte:*

- Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar Responsable /tutor.
- Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- Habilidadación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- Los modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social confeccione para la solicitud de prestaciones del año 2023
- Se deberá informar a la Obra Social cualquier cambio que surja inherente a las prestaciones brindadas.
- La documentación deberá ser enviada, previo al comienzo de las prestaciones y quedará sujeta a análisis y autorización de Auditoría.

AV. JUJUY 226 (1083) - CAPITAL FEDERAL - TEL/FAX: 4956-0408/09 - C.U.I.T. 30-55247412-7

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un Servicio Telefónico GRATUITO para recibir de cualquier punto del país, Consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. El mismo se encuentra habilitado de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs. Llamando al 0800-222-72583