

**INSTRUCTIVO 2026  
DE ACCESO A LAS PRESTACIONES  
BASICAS PARA PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD  
SEGÚN NOMENCLADOR - RES 428/99**

LIMA 342 – CORDOBA  
[discapacidad@ossurrbac.com](mailto:discapacidad@ossurrbac.com)  
351- 5523228

## LINEAMIENTOS GENERALES DEL INSTRUCTIVO

¿Qué contiene el Instructivo?

El presente instructivo contiene los requisitos necesarios para acceder a la cobertura de las prestaciones básicas para las personas con discapacidad con CUD vigente, de acuerdo a lo establecido en el nomenclador vigente Res. 428/99 que comprende a los beneficiarios mayores de 1 (un) año de edad.

¿A dónde debo enviar la documentación requerida?

La documentación deberá enviarse al área a [discapacidad@ossurbac.com](mailto:discapacidad@ossurbac.com) detallando en el asunto NOMBRE, APELLIDO y DNI del afiliado con CUD por el cual se gestiona el envío.

La documentación se presentará de acuerdo al siguiente esquema:

Prestaciones que comienzan en enero 2026: entre el 15/11/2025 y el 10/12/2025

Prestaciones que comienzan a partir de febrero 2026: a partir del 11/12/2025

¿En qué formato se aceptará la documentación?

Sólo se acepta formato PDF., en archivo único por afiliado, conforme chek list que se encuentra a final del mismo. No se permite el envío de links de drive, OneDrive, Icloud, behance cloud, fotos, etc., debido a requerimientos de seguridad informática.

¿Qué gestión realizamos desde la obra social?

Una vez que se haya presentado toda la documentación en forma completa, cada solicitud se analizará y se autorizará desde el Sector de Discapacidad de la Obra Social, a posterioridad de la evaluación e intervención del Equipo Interdisciplinario y/o auditoría médico/administrativa de la Institución, de ser necesario.

El equipo interdisciplinario de la Obra Social es la puerta de entrada a los servicios para las personas con discapacidad. Si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación que considere faltante y/o necesaria a los fines de evaluar las prestaciones indicadas, pudiendo modificar las frecuencias y/o cantidad de sesiones en función de las conclusiones de la evaluación de pertinencia que realice (Art. 11 y 12 Ley 24.901). Es obligatorio para el beneficiario la presentación de documentación adicional que le sea requerida.

Las autorizaciones de las coberturas se realizarán conforme a lo dispuesto por las normativas vigentes (Nomenclador de Prestaciones básicas, Marco básico de organización y funcionamiento, Ley 24.901, etc.) y tiene un tiempo de gestión mínimo de 40 días desde recibida la documentación vía email. Una vez finalizado el control y autorización, se informarán los faltantes o la propia autorización por medio de un correo electrónico.

## NORMAS DE AUTORIZACION DE LA OBRA SOCIAL

- Las prestaciones se autorizan con fecha posterior a la presentación de la documentación. Toda prestación debe solicitarse mínimamente con 40 días de antelación al comienzo de las mismas.
- No se reconocerán prestaciones que no hayan sido previamente autorizadas por la obra social. Es decir, no se autorizarán períodos retroactivos, ni se gestionarán reintegros por prestaciones ya brindadas sin autorización previa.
- En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta a análisis del Equipo interdisciplinario y/o la Auditoría del Área de Discapacidad de la Obra Social.
- Los valores retributivos autorizados serán aquellos estipulados por el Ministerio de Salud de la Nación y Agencia Nacional de Discapacidad, según Resolución vigente, para las prestaciones reconocidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad Res. 428/99.
- No se recibirá documentación incompleta. De presentarse justificadamente un expediente incompleto, la segunda parte de la presentación se verá y analizará al final del resto de las solicitudes de cobertura presentadas, por lo cual es probable que las fechas de autorización de las distintas prestaciones difieran en el tiempo.
- No se autorizarán presupuestos por capacitación, supervisión y/o coordinación de profesionales y/o equipos.
- No se autorizarán tratamientos en Instituciones que poseen vencida la categorización, y/o no tengan categorías de ANDIS y/o no estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- No se autorizarán tratamientos con Profesionales que no estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- No se autorizarán tratamientos con Profesionales que no cumplan con su título profesional y matrícula según corresponda.
- No se autorizarán prestaciones con fecha anterior a la de emisión del certificado de discapacidad.
- No se autorizarán prestaciones con CUD vencidos y/o sin gestión de renovación. Solo se validarán las prórrogas según resoluciones vigentes de ANDIS.
- Se deberá informar en forma fehaciente cualquier variación, inclusión, exclusión, modificación, etc. que se produzca en el tratamiento por medio de una nota firmada por el titular en original. En los casos que se solicite cambio de prestador, la documentación debe remitirse con una anterioridad de 15 días al cambio solicitado. Se autorizará hasta un cambio de prestador por año para cada prestación. A éstos fines se deberá adjuntar: 1) Nota firmada y fechada por parte del beneficiario, padre o tutor solicitando dicho cambio, indicando los motivos por los cuales se solicita este cambio; 2) Documentación pertinente del nuevo prestador.
- Para la aprobación del cambio de prestador, deberá presentarse la documentación completa del nuevo prestador según se indica en el presente manual para la prestación requerida.
- No se liquidarán facturas cuya prestación NO haya sido AUTORIZADA previamente, por lo cual, queda bajo la responsabilidad de los beneficiarios, profesionales y/o instituciones el otorgar la prestación sin haber sido notificados de la aprobación de la misma.
- Las facturas deben presentarse entre el día 1 y 10 de cada mes, posterior al mes en que se brindó la prestación. No se liquidarán facturas presentadas fuera de término.
- Solo se recibirán facturas con fecha de emisión, que no superen los 30 días al momento de la carga en Mecanismo Integración y facturas de hasta 1 (uno) mes prestacional anterior al mes en curso de facturación. Ej. con presentación de factura de prestación del mes de junio, se recibe factura de prestación de hasta el mes de mayo.

- En el Régimen del Monotributo, el estricto cumplimiento de los pagos mensuales es condición obligatoria para recibir la cobertura correspondiente. Ante la ausencia de los mismos, se procede a la inmediata suspensión de las prestaciones autorizadas.
- No se dará curso a todo tratamiento que no tenga evidencia científica por la OMS y/o que no figure en el Nomenclador Básico para Personas con Discapacidad.
- Cada seis meses todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar y enviar un informe semestral de Evaluación/Evolución del paciente.
- Al finalizar el período autorizado, todos los profesionales y/o instituciones intervinientes deberán confeccionar un informe final con la evolución y estado actual del beneficiario.
- Toda alteración o falta de autenticidad de la documentación solicitada, será derivada al Departamento de Asuntos Legales de la Obra Social para su intervención.
- Se deja a disposición la cartilla de prestadores habilitados para la atención de personas con Discapacidad, de la Obra Social
- De conformidad con Res. 1743/24, los prestadores para los tratamientos solicitados deberán estar en una zona cercana al domicilio declarado por el afiliado en la obra social.
- La documentación requerida para la cobertura está sujeta a las eventuales modificaciones de las resoluciones en vigencia emitidas por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

## ACLARACIONES:

- En caso de atención ambulatoria en rehabilitación, sea módulo integral simple o intensivo, los valores máximos por sesión a autorizar por parte de la obra social serán los de prestación de apoyo cuando la atención sea brindada por prestadores en sus consultorios y no en un centro categorizado, hasta un máximo del valor del módulo de atención ambulatoria correspondiente (integral intensivo o integral simple).
- Cuando un centro esté categorizado como Centro de rehabilitación y S.A.I.E., y un beneficiario reciba prestaciones de ambos servicios (ej. Apoyo en consultorio del S.A.I.E.) deberán coincidir las sesiones en el mismo día (horarios correlativos). La Obra Social no autorizará, de ser requerido y justificado, dos transportes cuando se desdoble en distintos días estas prestaciones u horarios no correlativos.
- Cuando un afiliado tenga solicitado un SAIE y al mismo tiempo prestaciones de psicopedagogía como rehabilitación, ésta queda incluida en el SAIE, salvo expresa justificación del profesional tratante de la necesidad de ésta prestación por fuera de la que brinda el equipo de integración escolar.
- Cuando un afiliado concurra a rehabilitación a un centro categorizado y presente la necesidad de alguna terapia que éste no se la pueda brindar, las sesiones de esa terapia, serán descontadas, valor Prestación de Apoyo, del Módulo que le corresponde al centro y serán abonadas a un profesional que pueda brindarle esa prestación.
- En caso de solicitar dependencia, para los supuestos de beneficiarios con algún déficit intelectual o déficit mental con grandes necesidades de apoyos, pero que la escala FIM haya dado resultados por arriba de la línea de corte de lo que se evalúa como dependencia total (52 puntos) o semi dependencia (71 puntos) deberá acompañar justificación médica precisa de dicha necesidad.
- **Las prestaciones serán reconocidas en el lugar geográfico donde resida el afiliado discapacitado. En caso de no contar con servicios de acuerdo a las necesidades, requerimientos y prescripción médica, las mismas serán reconocidas en el lugar más próximo al domicilio.**

Los formularios enviados con este instructivo **SON DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA**. Estos deberán estar firmados en forma ológrafa.

Las **planillas de asistencia** que acompañen a las facturas tienen carácter de **DECLARACION JURADA**. Las mismas deberán contar con firma y sello en original o firmadas digitalmente.

Una vez autorizadas las prestaciones, el equipo interdisciplinario de esta obra social podrá realizar el seguimiento de la mismas mediante visitas presenciales (auditorías en terreno), llamados o entrevistas con pacientes, padres, tutores, profesionales y/o instituciones.

El CUD que acompaña a cada solicitud deberá ser el emitido por la Junta Certificadora de Discapacidad, conforme ley 25.504 y su prórroga operará de acuerdo a normativas e indicaciones de autoridades de aplicación.

***NO SE RECIBIRÁ DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTE TACHADURAS Y/O CORRECCIONES SIN LA RESPECTIVA ENMIENDA CON NUEVA FIRMA Y SELLO LEGIBLE***

## DOCUMENTACION A PRESENTAR POR PARTE DEL BENEFICIARIO

1. Certificado Único de Discapacidad vigente – Es indispensable para gestionar la cobertura.
2. Formulario con datos filiatorios y de contacto.
3. Fotocopia del DNI del titular y del beneficiario (anverso y reverso) en una sola hoja.
4. Fotocopia del carnet de afiliado del titular y del beneficiario, en una sola hoja.
5. Fotocopia de constancia de CUIL del titular y del beneficiario, en una sola hoja.
6. Conformidad prestacional para el año 2026.
7. En caso de encontrarse escolarizado, enviar Constancia de Alumno Regular año 2026, con número de CUE del establecimiento, al inicio y luego al fin de ciclo lectivo.
8. En caso de requerir transporte, se debe enviar declaración jurada dando cuenta que no se posee vehículo adquirido por la Ley nº 19.279 (franquicia automotriz).
9. Cronograma indicando la distribución de todas las actividades en horas y días semanales de la Persona con Discapacidad – PcD-.
10. Para los casos de solicitud de transporte, deberá presentarse certificado de domicilio emitido por autoridad policial en caso que el domicilio real no coincida con el del DNI. En caso de cambio de domicilio, deberá presentarse nuevo certificado de domicilio.
11. Planilla de personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia.
12. De corresponder, nota de solicitud de cambio de prestador.
13. Nota informando período vacacional / descanso.
14. Copia de último recibo de sueldo (en caso de trabajador en relación de dependencia) ó copia de los últimos 6 tickets de pago (en caso de monotributo).

## DOCUMENTACION A PRESENTAR POR PARTE DEL MEDICO TRATANTE

***Acorde a la edad y patología de la PcD.  
Ajeno a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.***

1. Resumen de Historia Clínica confeccionado por médico tratante, detallando antecedentes significativos, estado actual, evolución del cuadro, medicación actual, esquema terapéutico, etc.
2. Prescripción médica para el año 2026, especificando:
  - Datos completos del afiliado (Apellido y Nombre, N° de Afiliado, DNI ó CUIL ).
  - Diagnóstico.
  - Prestación requerida (Ej. Fonoaudiología, Centro de Día, etc.).
  - Cantidad/frecuencia de sesiones mensuales (Ej. 8 sesiones mensuales).
  - Tipo de Jornada Simple o Doble, en aquellos casos de concurrencia a Instituciones Educativas y Centros de Tratamiento (CET, Escuela Especial, Centro de Día, etc.).
  - En caso de prescripción de Apoyo a la Integración escolar en equipo o Módulo Maestro de Apoyo, deberá indicar la cantidad de horas mensuales.
  - Período de cobertura de prestación completo: meses y año (Ej. Marzo a Diciembre 2026). ***En el caso de solicitar prestaciones en el mes de enero, el médico debe justificar la imposibilidad del afiliado de gozar de un receso en sus tratamientos.***
  - En el caso de corresponder Dependencia, la misma debe ser indicada y se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la tabla de independencia funcional FIM confeccionado por el médico tratante y Lic. en Terapia Ocupacional acorde a la prestación.
  - En el caso de solicitar transporte, se deberá presentar formulario de pedido médico y planilla de Solicitud de Transporte. La indicación debe aclarar destino de traslado, no direcciones (Ej. A Rehabilitación, Escuela, etc.). En la planilla, el médico tratante deberá emitir justificación y razones clínicas por las cuales el afiliado se vea imposibilitado de utilizar el transporte público y gratuito junto a un acompañante.
  - Firma y sello del médico.

## DOCUMENTACION A PRESENTAR POR PARTE DEL PRESTADOR

### DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A PRESTADORES INDIVIDUALES

1. Presupuesto de Especialidad – Es indispensable que el mismo cuente con la siguiente información:
  - Fecha de emisión completa.
  - Datos de contacto del profesional (Teléfono, e-mail, etc).
  - Domicilio en donde se realizará la prestación.
  - N° de CUIT / Planilla de información bancaria / CBU / Copia de seguro de mala praxis / Fotocopia de DNI / Certificado de curso de primeros auxilios.
  - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido – N° Afiliado y DNI.
  - Prestación (Ej: Psicología).
  - Periodo completo que abarca el presupuesto (meses y año).
  - Cantidad de sesiones mensuales.
  - Informar días y horarios completos de sesiones.
  - Valor por sesión individual y el importe mensual, de acuerdo a los valores de normativa vigente.
2. Informe:
  - En el caso que la prestación sea NUEVA, se deberá presentar Informe de Evaluación Inicial donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. En caso de tratarse de un cambio de prestador también debe presentar un Informe de Cierre del prestador anterior.
  - En caso que la prestación sea CONTINUIDAD, se deberá presentar Informe Evolutivo del tratamiento brindado el año anterior, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la PcD y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. Plan de abordaje individual, en el cual consten: periodo, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
4. Copia del certificado del Registro Nacional de Prestadores (RNP) acorde a la localidad/jurisdicción de atención vigente.



Recordar que se debe presentar Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada, a los 180 días de su autorización, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la PcD y su núcleo de apoyo, evolución de los objetivos planteados en el Plan de abordaje.

*presentada deberá contar con datos del Afiliado completos, firmadas y selladas*

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A INSTITUCIONES

1. Presupuesto de Instituciones – Es indispensable que el mismo cuente con la siguiente información:
  - Fecha de emisión completa.
  - Datos de contacto de la institución (Teléfono, e-mail, etc.).
  - Domicilio donde se realizará la prestación.
  - Nº de CUIT / Planilla de información bancaria / CBU / Copia de seguro de mala praxis / Certificado de curso de primeros auxilios de personal de la Institución.
  - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido – Nº Afiliado, DNI.
  - Prestación (Ej. Escuela Especial, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, etc.).
  - Periodo completo que abarca el presupuesto (meses y año).
  - Modalidad (Ej. Jornada Doble/Simple; Módulo Integral Simple/Intensivo).
  - Informar días y horarios completos de concurrencia.
  - Valor mensual de la prestación a valor de normativa vigente.
  - En caso de corresponder la Dependencia, debe encontrarse discriminado.
  - En caso de corresponder Categoría, debe aclararse (Ej. A/B/C).
2. Informe:
  - En el caso que la prestación sea NUEVA, se deberá presentar Informe de Evaluación Inicial donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. En caso de tratarse de un cambio de prestador también debe presentar un Informe de Cierre del prestador anterior.
  - En caso que la prestación sea CONTINUIDAD, se deberá presentar Informe Evolutivo del tratamiento brindado el año anterior, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la PcD y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. Plan de abordaje individual, en el cual consten: periodo, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
4. En el caso de Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar/ Residencia, deberán presentar informe confeccionado por Trabajador Social (ajeno a la institución).
5. Inscripción y categorización del establecimiento emitida por el Registro Nacional de Prestadores (RNP) o por la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) para los fines considerados en los presupuestos.

**En el caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Centro de Día, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro Educativo Terapéutico, etc. se deberá contar con el Informe cualitativo y cuantitativo de la FIM confeccionada por un Lic. en Terapia Ocupacional (perteneciente a la Institución) y el Informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.**

Recordar que se debe presentar Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada, a los 180 días de su autorización, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la PcD y su núcleo de apoyo, evolución de los objetivos planteados en el Plan de abordaje.

*Toda planilla presentada deberá contar con datos del Afiliado completos, firmadas y selladas*

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A INTEGRACIÓN ESCOLAR

1. Presupuesto de Apoyo a la Integración Escolar/Maestra de Apoyo – Es indispensable que el mismo cuente con la siguiente información:
  - Fecha de emisión completa.
  - Datos de contacto de la Institución, equipo integrador o profesional que brinde la integración. (Teléfono, e-mail, etc).
  - Domicilio/s donde se realizará/n la/s prestación/prestaciones.
  - Nivel Educativo (Inicial / Primaria / Secundaria / Otros).
  - Grado/Año.
  - Turno (Mañana / Tarde / Noche).
  - Nº de CUIT / Planilla de información bancaria / CBU / Copia de seguro de mala praxis / Certificado de curso de primeros auxilios de personal de la Institución.
  - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido – Nº Afiliado y DNI.
  - Prestación (Ej. Módulo de Apoyo de Integración Escolar o Módulo de Maestro de apoyo especificando la cantidad de horas mensuales).
  - Periodo completo que abarca el presupuesto (mes y año).
  - Valor por hora/módulo según arancel de normativa vigente.
  - Informar días y horarios completos de concurrencia.
2. Informe:
  - En el caso que la prestación sea NUEVA, se deberá presentar Informe de Evaluación Inicial donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. En caso de tratarse de un cambio de prestador también debe presentar un Informe de Cierre del prestador anterior.
  - En caso que la prestación sea CONTINUIDAD, se deberá presentar Informe Evolutivo del tratamiento brindado el año anterior, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la PcD y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. Plan de abordaje individual con período lectivo, institución educativa, grado/año correspondiente y detalle de adecuación curricular.
4. Documentación Habilitante:
  - Servicio de Apoyo a la Integración Escolar: Inscripción de la Institución en la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) o Junta Categorizadora.
  - Maestra de Apoyo: Título habilitante y Certificado Analítico con sellos ministeriales (Profesor/a Especial o Psicopedagogo/a).

**Deberá ser presentado dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo/comienzo de prestación:**

- **Constancia de alumno regular emitida por la Institución Educativa (inicio y luego, al fin de ciclo lectivo) con CUE.**
- **Acta Acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.**

Recordar que se debe presentar Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada, a los 180 días de su autorización, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la PcD y su núcleo de apoyo, evolución de los objetivos planteados en el Plan de abordaje.

*Toda planilla presentada deberá contar con datos del Afiliado completos, firmadas y selladas*    *Toda planilla*



## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A TRANSPORTE

*Se aclara que la OSSURBaC brinda dicha cobertura a todos aquellos beneficiarios que, por su patología, no puedan hacer uso del transporte público gratuito con acompañante. En caso de requerir transporte, se debe enviar declaración jurada dando cuenta que no se posee vehículo adquirido por la Ley n° 19.279 (franquicia automotriz).*

1. Presupuesto de Transporte – Es indispensable que el mismo cuente con la siguiente información:
  - Fecha de emisión completa.
  - Datos de contacto del transportista (Teléfono, email, etc).
  - N° de CUIT / Planilla de información bancaria / CBU
  - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido – N° Afiliado y DNI.
  - Periodo completo que abarca el presupuesto (meses y año).
  - Dirección de partida: Debe especificar la dirección exacta donde comienza el viaje. Domicilio del afiliado. Informar días y horarios.
  - Dirección de Llegada: Debe especificar la dirección exacta e indicar destino. Informar días y horarios.
  - Cantidad de kilómetros reales por viaje (aclarar si son ida y vuelta).
  - Cantidad total de kilómetros mensuales.
  - Valor por kilómetro, por viaje y mensual.
  - En caso de corresponder la Dependencia, debe encontrarse discriminado e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.
  - Conformidad del diagrama de traslados firmada por la PcD / familiar responsable/tutor de acuerdo al programa de georeferenciamiento utilizado y cronograma de traslado. Adjuntar copia de dicho programa de georeferenciamiento.
2. Documentación del vehículo: Habilitación, Verificación ó Inspección técnica vehicular (VTV/ITV) y Póliza de Seguro vigente.
3. Licencia de conducir automotores para servicios de transporte de pasajeros vigente (Clase D).

4. En el caso de solicitar dependencia, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la FIM confeccionado por el médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional, junto con el detalle de apoyos que se brindarán conforme la dependencia. Se recuerda que la misma corresponderá sólo a mayores de 6 años de edad. Para los supuestos de beneficiarios con algún déficit intelectual o déficit mental con grandes necesidades de apoyos, pero que la escala FIM haya dado resultados por arriba de la línea de corte de lo que se evalúa como dependencia total (52 puntos) o semi dependencia (71 puntos) deberá acompañar justificación médica precisa de dicha necesidad.

5. En caso de solicitar traslado al colegio, se deberá presentar la justificación médica que indique el motivo por el cual el afiliado no puede trasladarse al colegio en el transporte público al cual ya tiene acceso de forma gratuita a través del CUD. No se autorizará traslado al colegio de ninguna manera sin dicha justificación.

**En el entendimiento que la Obra Social no tiene facultades para modificar normas o instrumentos legales referidos a las prestaciones para PcD, cualquier pedido que exceda lo normado (Ej. reconocimiento adicional por espera en el transporte, reconocimiento de peajes, entre otros) deberá ser canalizado a través del Ministerio de Salud de la Nación y/o Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.**

**De mediar alguna indicación por parte de alguno de estos organismos, la Obra Social procederá a dar reconocimiento de estos adicionales no normados.**

**Caso contrario, la Obra Social se ajustará estrictamente a las normativas vigentes.**

*En caso que la habilitación y la póliza de seguro presenten diferentes titulares, deberán adjuntar nota aclaratoria donde conste el vínculo.*

**Toda planilla presentada deberá contar con datos del Afiliado completos, firmadas y selladas**



**EN NINGUN CASO SE RECONOCERA LA PRESTACION DE TRANSPORTE, CUANDO EL AFILIADO O SU FAMILIA HAYAN DECIDIDO REALIZAR LAS PRESTACIONES EN UN LUGAR GEOGRÁFICO DISTINTO AL DE SU LUGAR DE RESIDENCIA, SIN LA DEBIDA JUSTIFICACION DEL MEDICO TRATANTE**

**SE RECUERDA QUE EL SERVICIO DE TRANSPORTE, EN CASO DE SER SOLICITADO, ESTÉ JUSTIFICADO Y AUTORIZADO, ES DE USO EXCLUSIVO PARA EL AFILIADO CON DISCAPACIDAD. NO ES UN SERVICIO DE TRASLADO PARA LA FAMILIA. SOLO SERA RECONOCIDO EL TRASLADO A TERAPIAS Y NO PARA CONTROLES MEDICOS, NI PARA COMPRAS DE PAÑALES NI MEDICAMENTOS**

**ANEXOS:**

**PLANILLAS A  
PRESENTAR  
2026**

<b>DATOS A COMPLETAR POR PARTE DEL AFILIADO</b>
---

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO	
DNI	
Nº CUIL	
Nº AFILIADO	
FECHA DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL	
DOMICILIO ACTUAL	
COD. POSTAL / LOCALIDAD	
PROVINCIA	
TIPO DE AFILIACION	DIRECTO (...) MONOTRIBUTISTA (...) TRASPASADO (...)
APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE	
TELEFONO DE CONTACTO DEL PADRE	
APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE	
TELEFONO DE CONTACTO DE LA MADRE	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO	



**DOCUMENTACION MÉDICA A PRESENTAR**

*Importante: Todas las órdenes médicas deberán especificar el periodo de prestación y ser emitidas con fecha anterior al comienzo de las prestaciones*

MODELO DE PEDIDO MEDICO

R/P

OBRA SOCIAL OSSURRBaC

NOMBRE Y APELLIDO .....

DNI.....

Nº AFILIADO.....

DIAGNÓSTICO.....

Se solicita:

..... SESIONES POR MES DE : .....

Por el periodo de ..... a ..... de 20

Firma y sello médico: .....

Fecha: .....

**IMPORTANTE:** Se reitera que el pedido médico no puede ser realizado por un médico de la Institución en la que realizará el tratamiento.  
Debe existir **TOTAL COINCIDENCIA** entre lo solicitado por el médico y el presupuesto de cada profesional y/o institución.



# NOTA INFORMANDO PERIODO VACACIONAL / DESCANSO

(Completar todos los campos del formulario)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre	
Nº Afiliado	Nº de DNI

Por medio del presente, se informa a continuación, el período de receso vacacional/descanso de:

## 1. Prestación

Desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____

Encaso de fraccionar el período:

Y desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____
-----------------------------------	---------------------------------

## 2. Prestación

Desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____

Encaso de fraccionar el período:

Y desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____
-----------------------------------	---------------------------------

## 3. Prestación

Desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____

Encaso de fraccionar el período:

Y desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____
-----------------------------------	---------------------------------

## 4. Prestación

Desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____

Encaso de fraccionar el período:

Y desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____
-----------------------------------	---------------------------------

## 5. Prestación

Desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____

Encaso de fraccionar el período:

Y desde el día ____ / ____ / ____	Hasta el día ____ / ____ / ____
-----------------------------------	---------------------------------

Socio/familiar/titular responsable	
Firma	Aclaración
Nº DNI	Vínculo

**MODELO DE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**

Obra Social: OSSURBaC

Apellido y Nombre:

Nº de Afiliado:

DNI:

Edad:

Fecha:

Diagnóstico/ Capacidad funcional (sensorial, mental, motora):

Antecedentes y Datos del examen clínico:

Evolución del paciente en el último año:

Dependiente: si / no

Autoválido SI / NO

Detallar para que actividades:

Firma, Aclaración y Sello

**PERSONAS AUTORIZADAS PARA LAS FIRMAS DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA**

VINCULO	NOMBRE Y APELLIDO	DNI	FIRMA
BENEFICIARIO			
MADRE			
PADRE			
TUTOR			



**PERSONA AUTORIZADA PARA ACOMPAÑAR EN EL TRANSPORTE EN CASO DE DEPENDENCIA**

El/la que suscribe ..... DNI: .....  
padre/madre/tutor de : ..... Af. Nº: .....  
DNI: ....., doy autorización al transportista/transporte: .....  
para que el Sr./Sra.: .....DNI: .....  
sea quien asista a mi hijo/a dada su dependencia.

.....  
Firma y aclaración

Lugar y fecha: .....



**CONSENTIMIENTO POR EL PLAN DE TRATAMIENTO**

**ANEXO CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026**

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 .

Prestación: \_\_\_\_\_

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

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

Prestación: \_\_\_\_\_

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

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

Prestación: \_\_\_\_\_

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

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

Prestación: \_\_\_\_\_

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

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

Prestación: \_\_\_\_\_

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

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

Firma: ..... Aclaración: .....

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 familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:..... Aclaración: .....

Documento: .....



**NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**

.....de ..... de 2.0.....

BENEFICIARIO CAUSANTE: .....

D.N.I.: ..... Nº AFIL.: .....

por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de:

.....

a cargo de: ..... a partir del día ...../...../.....

Solicito nueva alta de la prestación de: .....

.....

a cargo de: ..... a partir del día ...../...../.....

y por el período: .....

Motivo: .....

.....

.....

Firma y Aclaración

.....

D.N.I.: / Vínculo



**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)**  
**COMPLETAR SOLO EN LOS CASOS EN QUE SE SOLICITE DEPENDENCIA (ASISTENCIA DE TERCEROS)**

Apellido y Nombre:.....

DNI:.....Nro.

Afiliado:.....

Diagnóstico:.....

Edad:.....

Institución:.....

Fecha de ingreso a la institución: .....

Modalidad:.....

Deberá ser completada por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en Psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones.	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere minima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	<b>AUTOUIDADO</b>	
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	<b>CONTROL DE ESFÍNTERES</b>	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	<b>TRANSFERENCIAS</b>	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRASFERENCIA AL BAÑO	
11	TRASFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	<b>LOCOMOCIÓN</b>	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	<b>COMUNICACIÓN</b>	
14	COMPRENSIÓN	
15	EXPRESIÓN	
	<b>CONEXIÓN</b>	
16	INTERACCIÓN SOCIAL	
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>	

Firma y Sello del Médico / Terapeuta Ocupacional

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES  
ALIMENTACIÓN



Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

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

#### ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

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

#### HIGIENE

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

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

#### VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

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

#### VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

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

#### USO DEL BAÑO

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

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

#### CONTROL DE INTESTINOS

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostromía. Frecuencia.

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

#### CONTROL DE VEJIGA



Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes, frecuencia.

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

#### TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente

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

#### TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

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

#### TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

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

#### MARCHA/SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar Implica subir y bajar escalones.

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

#### ESCALERAS

Implica subir y bajar escalones

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

#### COMPRENSIÓN

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. Escritura, gestos, signos, etc.

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

#### EXPRESIÓN



Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

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

**INTERACCIÓN SOCIAL** Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

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

**RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Implica resolver problemas cotidianos.

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

**MEMORIA**

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

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

**EVALUACIÓN INSTITUCIONAL**

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

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

Fecha: .....

.....  
Firma y sello del Médico / Terapeuta Ocupacional



**MODELO DE INFORMACION BANCARIA PARA EL COBRO DE FACTURACIONES**

RAZON SOCIAL O NOMBRE Y APELLIDO DEL PRESTADOR:

.....

Nº DE CUIT (COINCIDENTE CON LA FACTURACION):

.....

Nº DE CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO:

.....

BANCO:

.....

CBU – CLAVE BANCARIA UNIFORME (CORRESPONDIENTE AL CUIT DE LA FACTURACION):

.....

DIRECCION DE MAIL DE CONTACTO:

.....

FIRMA Y SELLO:

ACLARACION:

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:

FECHA:

**O**BSERVACIONES:

RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU DEL BANCO.



**MODELO DE PRESUPUESTO PRESTACIONAL: INSTITUCIONES / PRESTADORES INDIVIDUALES**

Fecha de emisión: .....

Nombre y apellido del beneficiario:.....

Nº de Afiliado: ..... D.N.I.: .....

Prestación: .....

Especialidad:.....

Período:.....

Domicilio donde se realiza la prestación.....

Categoría:..... Tipo de Jornada/ Modalidad Simple /Doble Simple/Intensivo

Cantidad de sesiones semanales:.....

Cantidad de sesiones mensuales:.....

Monto por sesión: \$..... Monto mensual: \$.....

Nombre de la escuela a la que asiste: .....

Dirección de la escuela a la que asiste: .....

**Cronograma de Asistencia**

LUNES		Horario de.....hs hasta.....hs
MARTES		Horario de.....hs hasta.....hs
MIERCOLES		Horario de.....hs hasta.....hs
JUEVES		Horario de.....hs hasta.....hs
VIERNES		Horario de.....hs hasta.....hs
SABADO		Horario de.....hs hasta.....hs

Nombre del Prestador:.....

Domicilio:.....

Teléfono: ( )..... e-mail:.....

Nº CUIT:..... Nº Ing. Brutos:.....

Condición frente al IVA: .....

Firma: .....

Aclaración:.....



**MODELO DE PRESUPUESTO DE TRANSPORTE**

Fecha de emisión: .....

Nombre y apellido del beneficiario: .....

Nº de Afiliado: ..... D.N.I.: .....

Prestación / especialidad: TRANSPORTE

Período:.....

Desde domicilio:.....

Hasta domicilio:.....

Prestación a la que asiste:.....

Cantidad de: Kilómetros por viaje:.....

Kilómetros diarios:.....

Kilómetros mensuales:.....

Valor kilómetro: \$.....Total valor mensual: \$.....

Total valor mensual con dependencia:.....

**Cronograma de Asistencia**

LUNES		Horario de.....hs hasta.....hs
MARTES		Horario de.....hs hasta.....hs
MIERCOLES		Horario de.....hs hasta.....hs
JUEVES		Horario de.....hs hasta.....hs
VIERNES		Horario de.....hs hasta.....hs
SABADO		Horario de.....hs hasta.....hs

Nombre del Prestador:.....

Domicilio:.....

Teléfono: ( )..... e-mail:.....

Nº CUIT:..... Nº Ing. Brutos:.....

Condición frente al IVA: .....

Firma: .....

Aclaración:.....

**CRONOGRAMA DE TRATAMIENTOS Y ACTIVIDADES**

<b>HORARIO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SABADO</b>
7:00						
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						

A COMPLETAR POR LOS PADRES Y/O EL PROPIO BENEFICIARIO

INDICAR: HORAS DE SUEÑO, DE ESCUELA/CET/CENTRO DE DIA, DE REHABILITACION, JUEGOS, OCIO (T.V., OTROS), RECREACION, USO DE RECURSOS DE LA COMUNIDAD (CLUB DEL BARRIO, PILETA, BIBLIOTECA,CENTRO VECINAL, ETC)

Firma del beneficiario, padre, madre o tutor.....

**OBSERVACIONES:** Cualquier modificación de días u horarios, deberá ser comunicada a la Obra Social.





**MODELO DE CONFECCION DE RECIBO**

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA CONFECCIÓN DE RECIBOS

PROFESIONAL		N° RECIBO X	
Datos del profesional, Dirección y teléfono		ING.BRUTOS .	FECHA : ..../.../...
		INI. ACTIVIDAD	
		CUIT	
Sres.: OSSURRBaC			
Domicilio: LIMA 342 - CBA			
IVA: EXENTO		CUIT: 30-71434174-6	
Cond. Venta: CONTADO			
Cant.	Detalle		
	Recibimos la suma de pesos .....		
	.....		
	En concepto de cancelación de factura /s N°..... \$ .....		
	mes y año .....		
	N° de transferencia:		
	Fecha de transferencia:		
	*En caso de débito debe ser detallado		
	Firma y sello		
CAI			
		TOTAL	\$

LOS RECIBOS DE PAGO SE PRESENTAN EN:  
[contable.ossurrbac@gmail.com](mailto:contable.ossurrbac@gmail.com)

## CHECK LIST DE AUTOGESTION

### 1. DOCUMENTACION A PRESENTAR POR PARTE DEL BENEFICIARIO

- 1.1 CUD VIGENTE.
- 1.2 CERTIFICADO DE DOMICILIO.
- 1.3 CERTIFICADO ESCOLAR
- 1.4 FOTOCOPIA DEL DNI DEL TITULAR DE AMBOS LADOS.
- 1.5 FOTOCOPIA DEL DNI DEL BENEFICIARIO DE AMBOS LADOS.
- 1.6 FOTOCOPIA DEL CARNET DE AFILIADO DEL TITULAR.
- 1.7 FOTOCOPIA DEL CARNET DE AFILIADO DEL BENEFICIARIO.
- 1.8 CONSTANCIA DE CUIL DEL TITULAR.
- 1.9 CONSTANCIA DE CUIL DEL BENEFICIARIO.
- 1.10 COPIA ULTIMO RECIBO DE SUELDO.( en caso de trabajar en relación de dependencia).
- 1.11 COPIA ULTIMOS 6 TIKETS DE PAGOS (en caso de ser monotributista).
- 1.12 CONSENTIMIENTO.
- 1.13 RESUMEN DE HISTRIA CLINICA.
- 1.14 PEDIDOS MEDICOS.
- 1.15 PLANILLA FIM. (solo en caso de que necesite dependencia de terceros)
- 1.16 PLANILLA DE PERSONA AUTORIZADA PARA ACOMPAÑAR EN EL TRANSPORTE (en caso de tener dependencia).
- 1.17 INFORME CON DETALLE DE AYUDAS QUE SE BRINDARAN EN CASO DE DEPENDENCIA, DE CORRESPONDER
- 1.18 PLANILLA DE PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA.
- 1.19 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.
- 1.20 PLANILLA DE PERIODO VACACIONAL / RECESO
- 1.21 DOCUMETACION DE PRESTACION MAYOR (maestra de apoyo-integración escolar-centros categorizados-etc.)
- 1.22 DOCUMENTACION PRESTADORES INDIVIDUALES

## INSTRUCTIVO DE FACTURACIÓN

La facturación debe ingresar entre el día 1 y 10 de cada mes.

- Para prestadores del interior de la provincia la documentación deberá enviarse a [facturaciondiscapacidad@ossurrbac.com](mailto:facturaciondiscapacidad@ossurrbac.com) detallando en el asunto FACTURA MES ..... (el que correspondiere) NOMBRE, APELLIDO y DNI del afiliado por el cual se gestiona el envío.  
Sólo se acepta formato PDF., tal como se baja de la página de ARCA (ex AFIP). No se permite el envío de links de drive, OneDrive, Icloud, behance cloud, fotos, etc., debido a requerimientos de seguridad informática.  
Del archivo descargado del ARCA deben enviar únicamente la factura original, sin duplicado ni triplicado.
- Para prestadores de la ciudad de Córdoba, la presentación es en papel, de manera presencial en: Oficina Discapacidad : Lima 342, PB, Córdoba, de lunes a viernes de 08:00 a 16:00.

En la medida de lo posible, solicitamos que las facturas (del mes prestacional o de eventual ajuste) sean emitidas dentro del día 30/31 del mes a facturar y hasta el día 10 del mes siguiente.

Junto a la misma se debe adjuntar:

1. Planilla de asistencia
2. Informe evolutivo **SÓLO** a los 180 días de iniciado el tratamiento

Las facturas deben ser las que se emiten a través de la ARCA (ex AFIP)

***En su encabezado***

- Fecha de emisión (posterior al mes de prestación)
- Estar extendidas a nombre de O.S.S.U.R.B.A.C.
- Domicilio: LIMA 342 - CÓRDOBA – CUIT: 30-71434174-6
- Condición ante el IVA: EXENTO

***En el cuerpo o descripción de la factura***

En caso de Prestaciones deberán contener

- Nombre del beneficiario causante
- DNI ó CUIL
- Nº de afiliado
- Nº de resolución vigente al mes de prestación de los servicios facturados
- Período facturado (mes y año)
- Prestación brindada (según autorización)
- Importes individuales (de corresponder)
- Importe mensual
- Modalidad: Mód. Integral simple/ intensivo - Jornada: simple/doble
- Categoría del establecimiento (de corresponder)
- En el caso de especialidades: cantidad de sesiones, valor unitario de las mismas
- Monto individual de cada concepto y sumatoria total de las prestaciones facturadas

En caso de Transporte deberá contener

- Nombre del beneficiario causante
  - DNI ó CUIL
  - Nº de afiliado
  - Nº de resolución vigente al mes de prestación de los servicios facturados
  - Período facturado (mes y año)
  - Prestación brindada: Traslado
  - Punto de partida y destino
  - Indicar si es beneficiario con dependencia SI/NO
  - Cantidad de km recorridos por viaje
  - Cantidad de viajes
  - Cantidad de km mensuales (km por viaje x cantidad de viajes)
  - Monto individual por km
  - Monto mensual de la prestación brindada
3. La factura debe ser tipo “B” Ó “C”, ó bien Recibo tipo “C”
4. En caso de facturar con Recibo tipo “C”, luego de la transferencia deberá presentar recibo como constancia de cobro.
5. En caso de facturar con factura es necesario presentar recibo cancelatorio.
- Los recibos deben contener:
- Importe total del recibo en número (\$) y letras.
  - Detalle de facturas canceladas (Número completo con punto de venta) e importe cancelado.
  - Consignar débitos efectuados.
  - Consignar el detalle de retenciones de impuestos efectuadas.
  - Valores recibidos (Nº de transferencia y Banco).
  - Firma, aclaración y sello del prestador o su representante.

**TODA FACTURA QUE CONTENGA DATOS INCOMPLETOS O ERRONEOS, SERA RECHAZADA Y DEBERA SER PRESENTADA NUEVAMENTE AL MES SIGUIENTE. TENER EN CUENTA QUE LA FECHA DE EMISION DE LA FACTURA NO DEBE EXCEDER LOS 30 DIAS DE LA FECHA DE PRESENTACION DE LA MISMA**

**OBSERVACIONES:**

EN CASO DE ENMIENDA, DEBE SER SALVADA CON FIRMA Y SELLO, RESPETANDO SIEMPRE LA CORRELATIVIDAD EN LAS FACTURAS Y/O RECIBOS

TODA FACTURACION SE PRESENTA ENTRE EL DIA 1 Y 10 DE CADA MES, SIN EXCEPCION. TODA FACTURA PRESENTADA DESPUÉS DE ESA FECHA SERA RECHAZADA Y ELIMINADA Y DEBERA PRESENTARSE NUEVAMENTE AL MES SIGUIENTE EN LA FECHA ESTIPULADA.  
MODO DE PRESENTACION: FACTURA, PLANILLA DE ASISTENCIA, E INFORME EVOLUTIVO (SEMESTRAL) DE CORRESPONDER.



IMPORTANTE: DESPUES DE CADA FACTURA CANCELADA SE DEBERA PRESENTAR EL RECIBO CORRESPONDIENTE, DE LO CONTRARIO NO SE RECIBIRA LA FACTURACION DEL SIGUIENTE MES