



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2026

1- Generalidades para la solicitud de prestaciones de discapacidad 2026.

A fin de facilitar la correcta autorización de las prestaciones que requiere el beneficiario, se solicita leer atentamente el presente Instructivo y cumplimentar cada uno de sus ítems, **ya que solamente se recibirá la documentación completa.**

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSFOT se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

Toda documentación debe tener fecha previa al inicio del tratamiento y concordar con lo indicado por el médico tratante.

No se autorizará ni se abonará a aquellos profesionales que no hayan presentado en tiempo y forma la documentación requerida en los siguientes ítems. Sin excepción.

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

El inicio de las prestaciones sin la debida autorización no obliga a OSFOT a cubrirlas.

OSFOT no autorizará prestaciones con profesionales o instituciones que no se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud Y/O Agencia Nacional de Discapacidad según corresponda.

Cada beneficiario podrá tener libre acceso a los profesionales/instituciones que cumplan con los requisitos anteriormente mencionados, que les sea más conveniente según su zona geográfica, preferencia, etc.

El 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.



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

Tener en cuenta que las sumas de las prestaciones no pueden superar las 8 sesiones semanales, las que excedan esta cantidad no se abonarán.

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.

ACLARACIÓN: En cumplimiento de la Ley 25865 en su Art 43 establece: "*Para acceder a las prestaciones establecidas en el inciso d), el contribuyente deberá estar al día con los aportes al presente régimen simplificado. El agente de Seguro de Salud podrá disponer la desafiliación del monotributista ante la falta*

de pago de tres (3) aportes mensuales consecutivos y/o de cinco (5) alternados." Por lo tanto, se desafiliara al titular y el grupo familiar de aquellos monotributistas que no cumplieran con los pagos mensuales.

2- Documentación a presentar

(enviar por mail a prestacionesdiscapacidad@bienestarsaludmp.com.ar)

TODA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DEBE SER CONFECCIONADA CON FECHA ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO INDICADO Y DEBE ESTAR FIRMADO Y SELLADO POR EL MÉDICO TRATANTE.

1- La prestación indicada, sin enmiendas ni tachaduras y en manuscrita legible, por el médico tratante y debe contar con la siguiente información:

- Nombre y Apellido del beneficiario
- Nro de DNI
- Nombre de la Obra Social (OSFOT)
- Diagnóstico (según Certificado de discapacidad)
- Prestaciones requeridas (Ej: Fonoaudiología, Psicología, etc), establecer la cantidad de sesiones semanales requeridas para el beneficiario.



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

- Periodo requerido de la prestación meses del año para los cuales se solicitan las prestaciones Ej. Desde febrero de 2026 hasta diciembre 2026.
- Solicitará una prescripción médica por prestación requerida. Ejemplo, una para fonoaudiología, una para psicología. etc.
- En el caso de concurrir a una Institución, detallar si concurre a jornada simple o completa y la categoría del Instituto al que concurre Ej. Escolaridad General Básica, Centro Educativo Terapéutico, Centro de día, etc.

2-Resumen de Historia Clínica debe ser cumplimentado en todos sus puntos:

- Debe estar confeccionada por el médico tratante del beneficiario causante y actualizada
- Deberá estar completa y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto
- Deberá ser confeccionada con fecha anterior al inicio de la prestación. Ej. Si la prestación comienza el 2 de Enero de 2026, la fecha de prescripción debe ser del mes de Diciembre de 2025
- La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.

3-Hoja de Datos Personales: que se adjunta, copia de DNI del titular y del que solicita la prestación.

4- Fotocopia de Certificado de Discapacidad (vigente) No se abonará a ningún profesional que atendiera a aquel beneficiario que se encuentre con el certificado de discapacidad vencido o en trámite. Será responsabilidad de los padres el mantener vigente el Certificado de Discapacidad

5- Consentimiento informado Entre el beneficiario titular y los profesionales y/o cada Institución que brinda los tratamientos, deberá firmarse conjuntamente el Formulario que se adjunta.

6- Certificado de alumno regular: El mismo deberá ser presentado al inicio del ciclo lectivo y deberá contar con el CUE del establecimiento educativo al que concurra.



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

3- REQUERIMIENTO PARA LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES

- Presupuesto Anual.
- Consentimiento entre el beneficiario y prestador interviniente en el formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Informe de evolución 2025 (sólo si es continuidad de tratamiento), 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 2026: 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 (se anexa formulario).
- Título habilitante para ejercer la profesión.
- 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
- Constancia en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) con su respectiva categorización. Los profesionales que efectúen prestaciones de rehabilitación como por ejemplo Psicología, Fonoaudiología, Kinesiología,



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

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 2026 deberá presentar la renovación del mismo.

- DNI
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU

MODULO APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

Únicamente podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar: **Equipos interdisciplinarios categorizados por el Servicio Nacional de Rehabilitación a tal fin, Profesores de Educación Especial o Lic. En Psicopedagogía.**

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA:

- Lo requerido en el punto 3 (en su totalidad)
- 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 2025.
- 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.
- No se podrá solicitar Módulo de Apoyo a la integración escolar y Módulo de Maestra de apoyo, a la vez

MODULO DE MAESTRA DE APOYO

QUIENES PUEDEN BRINDAR ESTA PRESTACIÓN SON: Profesionales Psicopedagogos, Profesor en Educación Especial. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

- Lo requerido en el punto 3 (en su totalidad)
- 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 2025.
- No se podrá solicitar Modulo de Apoyo a la integración escolar y Modulo de Maestra de apoyo, a la vez

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO

Como estas prestaciones no se encuentran reguladas por el nomenclador de la Superintendencia de Servicios de Salud para su regulación de valores, la Prestadora , evaluará la autorización y es quien autorizará la cantidad de horas y el valor hora para la facturación.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

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.

Cumplimentar los requisitos en el Punto 3

TRANSPORTE

Se autorizará **SOLO** en el caso de que el beneficiario se vea imposibilitado de usufructuar el traslado gratuito en transporte público (ley 24314) y debe estar expresamente indicado en el Certificado de



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

Discapacidad vigente. Si el Certificado de Discapacidad así no lo indicara, la prestación NO será autorizada. La prestación del mismo debe estar justificada.

- 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. En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

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



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

4- FACTURACIÓN

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.

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.

5- REQUISITOS

- La facturación se presentará a mes vencido sin excepción.
- La factura se recepcionarán del 1 al 10 de cada mes en la dirección de email prestacionesdiscapacidad@bienestarsaludmp.com.ar
- No se aceptarán facturas que superen los 60 días de efectuado el tratamiento
- Se facturará un mes Calendario por factura.
- Deberá facturarse (Factura B o C o Recibo C) dirigida a:

OBRA SOCIAL DE FOTOGRAFOS

CUIT: 30-66197665-5

PRINGLES 1090

CABA

IVA EXENTO

En Producto/Servicio de la factura se deben consignar:

- **Nombre, apellido (COMPLETOS) , N° DNI y de beneficiario**
- **Periodo de la Prestación (ej: MARZO 2026)**
- **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.**
- **Cantidad de Viajes (en caso de transporte)**
- **Direcciones de partida y destino (en caso de transporte)**
- **Cantidad de Kilómetros del mes (redondear, sin comas) (en caso de transporte)**



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

- Indicar si es beneficiario fue autorizado con dependencia: SI/NO (en caso de transporte y/o instituciones)

- Deberán enviar la Factura firmada por el Prestador y la Planilla de Asistencia Mensual EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, firmada por 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.
- 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@obrasocialdefotografos.com

Se deberá extender a nombre de: OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS y deberá contener: N° de la factura que cancela, periodo de la misma e importe

ANTE LA FALTA DE CUALQUIER DOCUMENTO REQUERIDO EN ESTE INSTRUCTIVO, NO SE DARA CURSO A LA AUTORIZACION CORRESPONDIENTE, RECONOCIENDOSE LAS PRESTACIONES A PARTIR DE LA AUTORIZACION DE LA AUDITORIA MEDICA DE ESTA INSTITUCION



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026

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

Apellido y nombre del beneficiario: Número de Afiliado:

Yo...

con Documento Tipo

(.....) N°

, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se

detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. 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:



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

La Institución/Equipo _____ se
compromete a realizar la integración escolar del/la niño/a _____
_____ bajo la
responsabilidad de la Maestra Integradora: _____
Lugar donde se realiza la Integración: _____
Días de concurrencia del Profesional a la Escuela común: _____
Días de concurrencia del afiliado a la Escuela común: _____
Horario de concurrencia del afiliado a la Escuela común: _____

La institución educativa y la Maestra Integradora/Equipo de Apoyo a la Integración Escolar se comprometen a: a) atender al niño/a según las necesidades vinculadas a su educación, b) elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación curricular, c) acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación, d) realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria, e) ser acompañantes activos del proceso de aprendizaje, f) compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción, f) cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados, g) sostener que el alumno/a mantenga asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración. La no continuidad del alumno/a en el Proyecto de Integración escolar será evaluado por la Escuela y la Maestra Integradora/Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes en forma conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a. La no continuidad del proyecto podrá darse por: a) incumplimiento de los ítems



OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS

7554-1400 // 0800-777-0019

www.obrasocialdefotografos.com

RNAS 1-0820-9

mencionados precedentemente, lo cual será debida y oportunamente informado y explicitado, b) falta de progreso significativo en el aprendizaje, c) modificaciones importantes en la conducta. Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y damos nuestro consentimiento a los _____ días del mes de _____ de 2025/2026.

Firma y sello Firma y sello Establecimiento Educativo común Equipo Integrador/Maestro/a de Apoyo

Firma y aclaración de Padres/Tutor

Planilla I – Datos Personales

- Datos a completar del paciente

Apellido y Nombre	
DNI	
Nº CUIL	
Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Domicilio actual	
CP – Localidad	
Provincia	
Tipo de afiliación	Directo () - Monotributista () - Jubilado () – Otro ()
Apellido y Nombre del padre	
Teléfono de contacto del padre	
Apellido y Nombre de la madre	
Teléfono de contacto de la madre	
Correo electrónico de contacto	

• Personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia

Vinculo	Nombre y Apellido	DNI	Firma
Madre			
Padre			

PLANILLA DE ASISTENCIAS

Prestaciones:	
Mes de prestacion:	
Profesional	
Paciente:	
DNI:	
Diagnostico:	

[illegible]

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL	
FIRMA Y ACLARACION PADRE	

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

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

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

Firma y Aclaración del Prestador.

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo _____ con Documento Tipo (.....) N° _____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde _____ hasta _____.

Firma: _____

Aclaración: _____

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: _____

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS