



**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178

RNOS 1-2110-1

# Legajo por Discapacidad 2023

## Instructivo para beneficiarios

**Trámites 2023**

**Recepción a partir del día 1° de noviembre de 2022**



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178

RNOS 1-2110-1

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. OBJETIVO.....  | 3  |
| 2. LINEAMIENTOS GENERALES.....  | 3  |
| 3. MODALIDADES PRESTACIONALES.....  | 5  |
| <b><u>DOCUMENTACION SOLICITADA</u></b>  |    |
| 4. DOCUMENTACION PERSONAL DEL BENEFICIARIO CAUSANTE.....                                      | 9  |
| 5. DOCUMENTACION PRESTACIONAL GENERAL.....  | 11 |
| 5.1. Prescripción Médica.....   | 11 |
| 5.2. Presupuesto.....   | 15 |
| 5.3 Plan de tratamiento.....  | 16 |
| 5.4 Conformidad.....  | 16 |
| 5.5. Cronograma de tratamiento.....   | 16 |
| 6. DOCUMENTACION PRESTACIONAL ESPECIFICA .....  | 16 |
| 7. DEPENDENCIA.....   | 18 |
| 8. CAMBIO DE PRESTADOR.....   | 18 |
| 9. CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO.....  | 19 |
| 10. RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA.....                           | 19 |
| 11. ANEXOS (Documentación).....   | 20 |
| 11.1. <a href="#">Presupuesto Instituciones educativas</a>                                    |    |
| 11.2. <a href="#">Presupuesto CET- Centro de día</a>  |    |
| 11.3. <a href="#">Presupuesto Terapias</a>  |    |
| 11.4 <a href="#">Presupuesto Transporte</a>   |    |
| 11.5. <a href="#">Presupuesto Módulo de Apoyo a la Integración – Módulo. Maestra de Apoyo</a> |    |
| 11.6. <a href="#">Conformidad Instituciones educativas</a>                                    |    |
| 11.7. <a href="#">Conformidad Terapias</a>  |    |
| 11.8. <a href="#">Conformidad Transporte</a>  |    |
| 11.9. <a href="#">Personas Autorizadas para la firma</a>                                      |    |
| 11.10. <a href="#">Baja de prestación vigente</a>   |    |
| 11.11 <a href="#">Tabla FIM</a>   |    |
| 11.12. <a href="#">Justificación adicional por dependencia</a>                                |    |
| 11.13. <a href="#">Formulario de actualización de datos personales</a>                        |    |
| 11.14. <a href="#">Formulario de antecedentes prestacionales</a>                              |    |
| 11.15. <a href="#">Formulario de antecedentes médicos</a>                                     |    |



## Instructivo de Discapacidad 2023

Por medio de la presente, la Obra Social *O.S.E.T.y.A* les informa a sus señores afiliados la documentación obligatoria que debe presentarse para tramitar el subsidio por Discapacidad del beneficiario para la consecuente cobertura de las prestaciones.

Se notifica que para la aprobación pertinente de cada prestación se debe presentar toda la documentación completa y en conjunto, **no se acepta la presentación parcial**.

### 1. Objetivo

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un subsidio por discapacidad.

### 2. Lineamientos Generales Obligatorios

- Se emitirá autorización por Subsidio por Discapacidad en caso de solicitarse la cobertura de alguna de las modalidades comprendidas en el *Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad*.
- Sólo puede iniciarse trámite de Subsidio por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad que *cuenten* con *CUD*.
- Será de suma importancia que la prescripción médica, el presupuesto, la conformidad de los profesionales y la factura COINCIDAN. Si las mismas no coincidiesen, el presupuesto y/o factura serán pasibles de rechazo y/o débito total.
- Las autorizaciones correspondientes a las modalidades requeridas quedarán sujetas al dictamen del Equipo Interdisciplinario perteneciente a la Gerencia Médica de O.S.E.T.y.A., en los casos en que fuera requerida su intervención.
- La aceptación de la documentación no implica la aprobación automática de la prestación a otorgarse. Es decir, que la recepción del *legajo completo* del afiliado por parte de algún empleado de nuestra institución no conlleva a la aprobación inmediata del presupuesto.
- Se podrá comenzar a brindar dicha prestación UNICAMENTE si se aprobó el presupuesto (el sector pertinente enviará a su casilla de e-mails una copia del mismo)



## OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martín 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

con la fecha de autorización y firma competente). NO se aceptan presupuestos con períodos de prestación anteriores a la fecha de presentación. Por lo tanto, si el prestador o persona a cargo del afiliado presenta la documentación completa en Marzo (mes de ejemplo) se autorizará la prestación desde ese mes en adelante y no se reconocerán períodos anteriores (es decir, no se reconoce ni enero ni febrero).

- **Plazo de entrega y presentación:** A partir del mes de noviembre del 2022 se deberá entregar toda la documentación de las prestaciones que comiencen en el mes enero 2023. Para las prestaciones que comiencen en el mes de marzo, como por ejemplo las escuelas, el plazo se extiende hasta la primera semana de febrero.
- Sólo se admitirán dos cambios de prestadores por año.
- ***LAS PRESTACIONES DE REHABILITACION*** (prestaciones de apoyo y módulos de rehabilitación) ***DEBEN SER PRESENTADAS TODAS JUNTAS PARA SER ANALIZADAS Y APROBADAS EN CONJUNTO.***



### 3. Modalidades Prestacionales

#### 3.1 - Prestaciones Ambulatorias

##### 3.1.1 Prestaciones de Apoyo

Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal (se excluye como prestación principal a los módulos de Atención Ambulatoria)

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta cuatro (4) horas semanales. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en alguna de las otras modalidades previstas.

La solicitud de estas prestaciones deberá estar debidamente justificada en el plan de tratamiento respectivo.

No se autorizarán sesiones dobles.

Los pacientes menores de 4 años **no** pueden solicitar prestaciones de apoyo, sino que deben concurrir a un centro de estimulación temprana.

##### 3.1.2 Módulo de Rehabilitación Integral

Cuando el beneficiario requiera una mayor carga horaria de atención por sesiones, se reconocerá la modalidad como Módulo de Rehabilitación Integral.

Módulo de rehabilitación Integral Intensivo: comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes.) brindando más de dos terapias diferentes.

Módulo de rehabilitación Integral Simple: cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes.).

##### 3.1.3 Hospital de Día

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación. No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos.

##### 3.1.4 Estimulación Temprana

Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 1 a 4 años de edad cronológica y eventualmente hasta los 6 años. Se considera que cada



sesión implica una carga horaria mínima de 45 minutos. Solo se autorizará esta prestación a aquellos centros que estén categorizados para brindar esta modalidad.

## **3.2 Prestaciones Educativas**

### **3.2.1 Educación Inicial**

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

### **3.2.2 Educación General Básica**

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

### **3.2.3 Formación Laboral**

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

### **3.2.4 Apoyo a la Integración Escolar**

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente) hasta la finalización del nivel de educación secundaria. De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida. El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales. Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar: Instituciones categorizadas para la modalidad AIE.



### 3.2.5 Maestro de Apoyo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente) hasta la finalización del nivel de educación secundaria. De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida. El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora. Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo: Profesionales acordes a la discapacidad del beneficiario, preferentemente con formación maestra especial o licenciada en psicopedagogía. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

## 3.3 Centro Educativo Terapéutico – Centro de Día

### 3.3.1 Centro Educativo Terapéutico

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

### 3.3.2 Centro de Día

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de auto-valimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.



### **3.4 - Transporte especial**

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa.

**Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.901, art 13.**

*“[...] ARTICULO 13. — Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el artículo 22 inciso a) de la ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario [...]”*

No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino.

De acuerdo a Res 1192/15 – MS, la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva la aplicación de geolocalización utilizado, y será abonada por mes entero. Dicha prestación, considerada modular, estará sujeta a débito cuando el servicio sea prestado en menos de un 80 % del periodo en cuestión. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos en el módulo, los días del receso invernal.



## DOCUMENTACION SOLICITADA

### **4. Documentación Personal (titular y causante)**

#### **4.1 Certificado de discapacidad VIGENTE.**

El certificado debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3- Ley 22.431/87) y debe encontrarse vigente al momento de la solicitud. En caso de que aún el beneficiario no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, NO PODRÁ presentar trámite solicitando Subsidio por Discapacidad. No será válida la gestión de Subsidio por Discapacidad solo con la constancia del turno obtenido para tramitar el Certificado de Discapacidad. En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad, pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

#### **4.2. Fotocopia del DNI (Titular y causante)**

#### **4.3. Constancia de CUIL (Titular y causante)**

**4.4. Tabla FIM ([Anexo 11.11](#)) y Justificación adicional por dependencia, de corresponder la dependencia. ([Anexo 11.12](#))**

**4.5. Impresión de la captura de pantalla de la credencial digital realizada en un plazo no mayor a una semana. (Titular y causante)**

**4.6. Formulario de actualización de datos personales ([Anexo 11.13](#))**

**4.7. Constancia de alumno regular (que detalle CUE).**

#### **4.8. Fotocopia de comprobantes de pago**

-Beneficiarios DIRECTOS: Deben presentar fotocopia de recibo de sueldo (antigüedad del recibo no mayor a 60 días de la fecha de inicio de la prestación).

-Beneficiarios MONOTRIBUTISTAS: Deben presentar fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación. Asimismo, se notifica que cada dos meses se deben presentar los respectivos últimos comprobantes de monotributo abonados. De no poder presentarlos personalmente se puede enviar una copia del mismo a la dirección de email [autorizacionesdiscapacidad@osetya.com.ar](mailto:autorizacionesdiscapacidad@osetya.com.ar)

-Beneficiarios con FONDO DE DESEMPLEO: Deben presentar fotocopia del último recibo de haber en relación de dependencia, el último comprobante de cobro y planilla



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martín 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

---

emitida por ANSES que detalla la cantidad de cuotas otorgadas por desempleo al beneficiario.

**4.9. Constancia de obra social en ANSES - (CODEM)**, debe aparecer todo el grupo familiar en dicho comprobante. Bajo ningún concepto puede ser agregado manualmente algún integrante de dicho grupo familiar. Este comprobante se obtiene desde la página web de dicho organismo. <https://www.anses.gob.ar/consulta/obra-social-codem>

**4.10. Original de Resumen de historia clínica**

Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación. Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario causante y actualizado.

**4.11. Formulario de Personas autorizadas para las firma de asistencia**  
([Anexo 11.9](#))

**4.12. Formulario antecedentes prestacionales** ([Anexo 11.14](#))

**4.13. Formulario antecedentes médicos** ([Anexo 11.15](#))



## 5. Documentación Prestacional General

La documentación detallada a continuación debe ser presentada obligatoriamente para todas las prestaciones a brindarse, más adelante en el documento se detalla la documentación específica de cada prestación.

### 5.1 Prescripción médica.

Debe presentarse la prescripción médica original de todas las prestaciones requeridas, con firma y sello legible del médico tratante, que incluya tipo y número de matrícula. La misma deberá ser emitida, preferentemente, por un médico de O.S.E.T.y.A.

Debe detallar:

- ✓ Apellido y nombre del afiliado.
- ✓ N° de afiliado y DNI.
- ✓ Prestación solicitada (nombre de la prestación)
- Si la prestación es una terapia debe especificar cantidad de sesiones por semana. ([modelo I](#))
- Si la prestación es transporte debe decir: “Se solicita transporte a colegio y/o terapias.” (no indicar ni domicilio de origen ni domicilio de destino del traslado así como tampoco nombre del establecimiento al que concurre el afiliado). ([modelo II](#))
- Si la prestación es un Colegio o Centro debe especificar tipo de Jornada (simple o doble), y NO debe aparecer el nombre del Colegio. ([modelo III](#))
- ✓ DEPENDENCIA (de corresponder)
- ✓ Período: Mes de inicio y finalización de la prestación. (Ejemplo: Enero – Diciembre 2023 / Marzo – Diciembre 2023).
- ✓ Diagnóstico.
- ✓ Firma y sello del médico solicitante.
- ✓ Fecha de emisión de la prescripción médica (debe ser anterior al comienzo de la prestación)



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

*Modelo de prescripción I*

R/P

Álvarez Mónica  
Nº de afiliado: 111111/02  
DNI: 29.000.000

*Solicito 2 sesiones semanales de fonoaudiología*

*Período: Marzo a Diciembre Del año 2023.*

Dx: TGD.

Firma y sello del médico tratante.

Fecha (ejemplo 01/01/2023).



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

## *Modelo de prescripción II*

R/P

Álvarez Mónica  
Nº de afiliado: 111111/02  
DNI: 29.000.000

*Solicito transporte a colegio*

*Período: Marzo a Diciembre Del año 2023.*

Dx: TGD.

Firma y sello del médico tratante.

Fecha (ejemplo 01/01/2023).



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

*Modelo de prescripción III*

R/P

Álvarez Mónica

Nº de afiliado: 111111/02

DNI: 29.000.000

*Solicito Centro de Día, jornada simple con dependencia.*

*Período: Marzo a Diciembre Del año 2023.*

Dx: TGD.

Firma y sello del médico tratante.

Fecha (ejemplo 01/01/2023).



## 5.2 Presupuesto del profesional (anexo IV).

Todo presupuesto debe detallar sin excepción datos completos personales del afiliado, datos completo de la prestación a otorgarse, datos completos del prestador (incluido el domicilio de atención) y datos bancarios del prestador.

5.2.1. Modelo de presupuesto Instituciones Educativas. ([Anexo 11.1](#))

5.2.2. Modelo de presupuesto prestaciones de apoyo. ([Anexo 11.3](#))

5.2.3. Modelo de presupuesto Maestra de apoyo / Modulo de apoyo a la integración. ([Anexo 11.5](#))

5.2.4. Modelo de presupuesto de Modulo de rehabilitación integral Intensivo / simple.

5.2.5. Modelo de presupuesto de transporte. ([Anexo 11.4](#)) Todo presupuesto de transporte debe tener adjunto una impresión de pantalla del programa de geolocalización (google maps) el cual detalle distancia en km entre el domicilio de origen y destino para su consecuente aprobación.

.

**Los valores de las prestaciones siempre deben estar sujetos a los aranceles establecidos por la “Superintendencia de Servicios de Salud”.**

**Conforme lo dispuesto por la Res.887-E/2017 de la Superintendencia de Servicios de Salud, los pagos serán efectivizados única y exclusivamente mediante transferencia bancaria a la cuenta del prestador.**

**Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada.**

**Si existiese alguna modificación de Cuenta Bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a [integración@osetva.com.ar](mailto:integración@osetva.com.ar)**



## 5.3 Plan de tratamiento.

En el mismo se debe detallar los objetivos que se desarrollarán en el transcurso del tratamiento

## 5.4 Conformidad.

Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por los prestadores de cada prestación brindada.

5.4.1 Conformidad de Instituciones. ([Anexo 11.6](#))

5.4.2 Conformidad de Terapias. ([Anexo 11.7](#))

5.4.3 Conformidad de transporte. ([Anexo 11.8](#))

## 5.5 Cronograma de tratamiento

Informe el cual detalle días y horario específicos de atención del causante.

## 6. Documentación prestacional específica

### 6.1. Instituciones educativas

- ✓ Fotocopia de Constancia de categorización e inscripción en el “Registro Nacional de Prestadores de Servicios de atención a Personas con discapacidad.” Servicio Nacional de Rehabilitación.
- ✓ Habilidadación Municipal.
- ✓ Constancia de Inscripción AFIP.
- ✓ Constancia de categorización AFIP.

### 6.2 Prestaciones de apoyo

- ✓ Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).
- ✓ Fotocopia de Título habilitante.
- ✓ Si la prestación es brindada por profesionales que conforman una Sociedad de Hecho: constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) de dicha Sociedad.



- ✓ Matrícula
- ✓ Constancia de Inscripción AFIP.
- ✓ Constancia de categorización AFIP.

### 6.3. Módulo de Rehabilitación Integral

- ✓ Constancia de categorización e inscripción en el “Registro Nacional de Prestadores de Servicios de atención a Personas con discapacidad.” Servicio Nacional de Rehabilitación. (de ser una institución)
- ✓ Constancia de Inscripción AFIP.
- ✓ Constancia de categorización AFIP.

### 6.4. Módulo Maestra de Apoyo

- ✓ Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).
- ✓ Fotocopia de Título habilitante.
- ✓ Matrícula
- ✓ Constancia de Inscripción AFIP.
- ✓ Constancia de categorización AFIP.

*De ser un “Maestra especial” debe, asimismo, presentar Analítico y Título, más no así la matrícula ni constancia de RNP.*

### 6.5 Apoyo a la Integración escolar

- ✓ Dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad.
- ✓ Plan de trabajo con sus objetivos y adaptaciones curriculares, firmado por un representante de la institución a cargo del AIE y por la máxima autoridad de la escuela común (todas las firmas y sellos en original).
- ✓ Acta acuerdo entre la escuela y el prestador: firmada por un representante de la institución a cargo del AIE, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas y sellos en original)
- ✓ Constancia de Inscripción AFIP.
- ✓ Constancia de categorización AFIP.



## 6.6. Transporte

- ✓ Informe emitido por el profesional tratante que justifique el motivo por el cual el paciente no puede utilizar el transporte público y requiere un transporte especial.
- ✓ Fotocopia de la habilitación de la agencia de remis (**vigente**), de ser una agencia.
- ✓ Fotocopia de la póliza de seguro y comprobante del último pago del transportista.
- ✓ Fotocopia de la licencia de conducir **profesional** (**vigente**).
- ✓ Antecedentes penales del chofer.
- ✓ Certificación policial del domicilio del causante.

## 7. Dependencia

El índice de independencia funcional (FIM) NO acredita dependencia, la misma será evaluada por el Equipo Interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia, y en los casos en que se encuentre debidamente justificado, para las siguientes modalidades: Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico y Transporte.

- ✓ Tabla FIM ([Anexo 11.11](#))
- ✓ Justificación adicional por dependencia ([Anexo 11.12](#))

## 8. Cambio de prestador

Solo se admitirán dos cambios de prestadores anual.

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con subsidio por discapacidad ya otorgado, toda la documentación nueva debe remitirse con un mínimo de 20 días anteriores de producida la novedad.

Asimismo se debe presentar obligatoriamente una nota ([Anexo 11.10](#))– Baja de prestación (vigente) del beneficiario titular solicitando dicho cambio que detalle:

- ✓ Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior
- ✓ Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- ✓ Firma, aclaración y número de documento del titular



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

---

- ✓ Documentación pertinente del nuevo prestador (según corresponda a la modalidad).

## 9. Cambios en la situación del prestador.

### 9.1 Casos de fallecimiento del beneficiario causante.

- Certificado de defunción.
- Nota del beneficiario titular informando la fecha de finalización del tratamiento.

### 9.2 Abandono del tratamiento.

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.

## 10. Reclamo de documentación faltante, incompleta o incorrecta.

Solo se recepcionarán solicitudes con documentación completa. En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente. Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación escrita (correo electrónico) desde el Sector de Discapacidad, debiendo cumplimentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al expediente. Si el trámite se originó en una Delegación o Seccional, la notificación será remitida a la misma por correo interno. Si se trata de un beneficiario con delegación Central y su trámite se recepcionó en el Área discapacidad Central, la notificación será remitida por correo al domicilio declarado en la planilla de actualización de datos personales.



**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178

RNOS 1-2110-1

---

# Anexos



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

## ANEXO 11.1 -PRESUPUESTO PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS-

Fecha de emisión: .....

Prestador:..... CUIT:.....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Mail de contacto: .....

Entidad Bancaria: .....Sucursal:.....

|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CBU |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Condición frente a IVA:          Inscripto     Monotributo     Exento

Condición Régimen ganancias: .....

*Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.*

### Datos del Beneficiario

Beneficiario Causante: ..... DNI: .....

Nº de afiliado:..... CUIL:.....

Tipo de afiliación: **SINDICAL Y SOCIAL – OPTANTE – MONOTRIBUTO – SOLO OBRA SOCIAL.**

### Prestación

Modalidad prestacional a brindar: .....

Tipo de jornada a realizar: ..... Categoría: .....

Período de prestación: ..... Año:.....

Almuerzo:    Si     No

Matricula anual: ..... Monto Mensual: .....

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

| DIAS    | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| HORARIO |       |        |           |        |         |

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

## ANEXO 11.2-PRESUPUESTO PARA CENTRO DE DÍA – CET -

Fecha de emisión: .....

Prestador:..... CUIT:.....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Mail de contacto: .....

Entidad Bancaria: ..... Sucursal: .....

|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CBU |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Condición frente a IVA:            Inscripto     Monotributo     Exento

Condición Régimen ganancias: .....

*Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.*

### Datos del Beneficiario

Beneficiario Causante: ..... DNI: .....

Nº de afiliado:..... CUIL:.....

Tipo de afiliación: **SINDICAL Y SOCIAL – OPTANTE – MONOTRIBUTO – SOLO OBRA SOCIAL**

### Prestación

Modalidad prestacional a brindar: .....

Tipo de jornada a realizar: ..... Categoría: .....

Período de prestación: ..... Año:.....

Almuerzo: Si  No             Dependencia: Si  No

Matricula anual: ..... Monto Mensual: .....

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

| DIAS    | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| HORARIO |       |        |           |        |         |

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración









# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178

RNOS 1-2110-1

## ANEXO 11.6 - CONFORMIDAD PARA INSTITUCIONES -

### DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

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

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipo de jornada (Simple o Doble): \_\_\_\_\_ Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_

Matricula (\$): \_\_\_\_\_ Monto mensual (\$): \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Periodo Cielo Lectivo, Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de asistencia:

| DIAS           | Lunes                 | Martes                | Miércoles             | Jueves                | Viernes               | Sábado                |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>HORARIO</b> | De: _____<br>A: _____ |

Observaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración:

### CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

## ANEXO 11.7 - CONFORMIDAD PARA TERAPIAS -

### DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

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

| Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION) | Cantidad Sesiones | Monto Sesión (\$) | Monto mensual (\$) |
|---|-------------------|-------------------|--------------------|
|   |                   |                   |                    |
|   |                   |                   |                    |
|   |                   |                   |                    |
|   |                   |                   |                    |

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de asistencia:

| DIAS<br>HORARIO | Lunes<br>De/A: | Martes<br>De/A: | Miércoles<br>De/A: | Jueves<br>De/A: | Viernes<br>De/A: | Sábado<br>De/A: |
|-----------------|----------------|-----------------|--------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Esp             |                |                 |                    |                 |                  |                 |
| Esp             |                |                 |                    |                 |                  |                 |
| Esp             |                |                 |                    |                 |                  |                 |
|                 |                |                 |                    |                 |                  |                 |

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración:

### CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

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

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

Nro Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

## ANEXO 11.8 - CONFORMIDAD PARA TRANSPORTE -

### DISCAPACIDAD - TRANSPORTE DIAGRAMA DE TRASLADOS CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

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

#### TRASLADOS

| PARTIDA | DESTINO | VIAJES/DIA | KM/VIAJE | IMP(\$)/KM | IMP(\$)<br>DIARIO |
|---------|---------|------------|----------|------------|-------------------|
|---------|---------|------------|----------|------------|-------------------|

Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_ Monto mensual (\$) \_\_\_\_\_

Período traslados, Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

| DIAS | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
|      |       |        |           |        |         |        |

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable del Transporte Aclaración: \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante: Aclaración: \_\_\_\_\_  
DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_



## OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

### ANEXO 11.9 - PERSONAS AUTORIZADAS A FIRMAR CONSTANCIAS -

**Personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia** (*planilla de presentación única con la confección del legajo*)

| Nombre y Apellido | Vinculo | Firma | Aclaración |
|-------------------|---------|-------|------------|
|                   |         |       |            |
|                   |         |       |            |
|                   |         |       |            |
|                   |         |       |            |
|                   |         |       |            |
|                   |         |       |            |
|                   |         |       |            |



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

## ANEXO 11.10 – BAJA DE PRESTACION VIGENTE -

....., de..... de 202.....

Beneficiario causante: ..... DNI/LC/LE: .....

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de...  
..... (Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc) a cargo  
de..... (Nombre del  
profesional y/o institución) a partir del día ...../...../.....

### Motivo de la baja de cobertura

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

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación de..... a  
cargo de ..... (Nombre del profesional y/o institución)  
a partir del día ...../...../..... y por período..... año.....

*Cabe aclarar que junto con esta planilla debe presentarse toda la documentación pertinente del nuevo  
prestador.*

De no solicitar un nuevo prestador dejar lo antes solicitado en blanco.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Responsable a cargo

\_\_\_\_\_  
Aclaración



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178

RNOS 1-2110-1

**ANEXO 11.11 – TABLA FIM -**

Nombre y apellido del beneficiario causante:.....

DNI: .....

| FIM TOTAL                         | DOMINIO                                   | CATEGORIAS                                      | PUNTAJE |
|-----------------------------------|---|---|---------|
| <b>126</b><br><br>PUNTOS          | <b>Motor</b><br><br>91 puntos             | <u><b>AUTOCUIDADO</b></u>                       |         |
|                                   |   | 1.Alimentación                                  |         |
|                                   |   | 2.Arreglo personal                              |         |
|                                   |   | 3.Baño  |         |
|                                   |   | 4.Vestido hemicuerpo superior                   |         |
|                                   |   | 5.Vestido hemicuerpo inferior                   |         |
|                                   |   | 6.Aseo personal                                 |         |
|                                   |   | <u><b>CONTROL DE ESFINTERES</b></u>             |         |
|                                   |   | 7.Control de vejiga                             |         |
|                                   |   | 8.Control de intestino                          |         |
|                                   |   | <u><b>MOVILIDAD</b></u>                         |         |
|                                   |   | 9.Traslado de la cama a silla o silla de ruedas |         |
|                                   |   | 10.Traslado al baño                             |         |
|                                   | 11.Traslado en bañera o ducha             |   |         |
|                                   | <u><b>AMBULACION</b></u>                  |   |         |
|                                   | 12.Caminar/desplazarse en silla de ruedas |   |         |
|                                   | 13.Subir y bajar escaleras                |   |         |
|                                   | <b>Cognitivo</b><br><br>35 puntos         | <u><b>COMUNICACIÓN</b></u>                      |         |
| 14.Comprensión                    |   |   |         |
| 15.Expresión                      |   |   |         |
| <u><b>CONOCIMIENTO SOCIAL</b></u> |   |   |         |
| 16.Interacción social             |   |   |         |
| 17.Solución de problemas          |   |   |         |
| 18.Memoria                        |   |   |         |
| <b>TOTAL</b>                      |   |   |         |

Cada ítem será puntuado del 1 al 7 conforme a la siguiente tabla:

| GRADO DE DEPENDENCIA   | NIVEL DE FUNCIONALIDAD                        |
|------------------------|---|
| Sin ayuda              | 7.Independencia completa                      |
|                        | 6.Independencia modificada                    |
| Dependencia modificada | 5.Supervisión                                 |
|                        | 4.Asistencia mínima (mayor del 75% de ind.)   |
|                        | 3.Asistencia moderada (mayor del 50% de ind.) |
| Dependencia completa   | 2.Asistencia Máxima (mayor del 25% de ind.)   |
|                        | 1.Asistencia total (menor del 25% de ind.)    |

.....  
Firma y sello del profesional

.....  
Aclaración





# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

## ANEXO 11.13 – ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES -

**Apellido y Nombre del Beneficiario causante:**

**DNI del beneficiario causante:**

**Apellido y Nombre del titular:**

**DNI del titular:**

**Tipo de afiliación:**

SINDICAL Y SOCIAL – SOLO OBRA SOCIAL – OPTANTE – MONOTRIBUTO – MONOTRIBUTO SOCIAL

**Vínculo con el causante:**

**Domicilio particular (exacto):**

Calle:..... Altura:.....

Piso:.....Departamento:.....Localidad: .....Partido:.....

Entre calles:.....

**Teléfono particular:**

**Teléfono celular:**

**Dirección de e-mail:**

**Información relevante que necesite aclarar:**



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178

RNOS 1-2110-1

## ANEXO 11.14 – FORMULARIO DE ANTECEDENTES PRESTACIONALES -

Apellido y nombre del beneficiario causante: .....

DNI: .....

| TIPO DE PRESTACION               | PERIODO                            | PRESTADOR   | MOTIVO DE BAJA O ALTA MEDICA                  |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------|---|
| <i>Ejemplo: Maestra de apoyo</i> | <i>01/11/2015 –<br/>30/12/2019</i> | <i>NNNN</i> | <i>Se decidió cambiar a escuela especial.</i> |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |
|                                  |                                    |             |   |



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178

RNOS 1-2110-1

## ANEXO 11.15 – FORMULARIO DE ANTECEDENTES MEDICOS -

Apellido y nombre del beneficiario causante: .....

DNI: .....EDAD:.....Diagnostico: .....

| ¿Toma medicación? |        |               |
|-------------------|--------|---------------|
| Nombre            | Dosaje | Observaciones |
|                   |        |               |
|                   |        |               |
|                   |        |               |
|                   |        |               |
|                   |        |               |
|                   |        |               |
|                   |        |               |
|                   |        |               |
|                   |        |               |

| ¿Tuvo intervenciones quirúrgicas relevantes? |          |               |
|--|----------|---------------|
| Nombre                                       | ¿Cuándo? | Observaciones |
|  |          |               |
|  |          |               |
|  |          |               |
|  |          |               |
|  |          |               |

|  | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Usa pañales?  |    |    |
| ¿Requiere sonda vesical?                             |    |    |
| ¿Requiere sonda naso gástrica?                       |    |    |
| ¿Se encuentra en silla de ruedas (o silla postural)? |    |    |
| ¿Requiere audífonos?                                 |    |    |
| Otros:   |    |    |



# OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.: 4301-4178  
RNOS 1-2110-1

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

Por la presente, yo .....(nombre y apellido), DNI ....., en calidad de .....(vinculo con el beneficiario causante) del afiliado ....., DNI ....., dejo constancia que he leído todos los términos y condiciones del presente ***“Instructivo de Legajo por Discapacidad 2023”*** y acepto toda clausula en él descripta con el fin de tramitar el subsidio en cuestión.

.....

Firma y aclaración del responsable

.....

DNI del firmante

.....

Apellido y nombre del beneficiario causante