



INSTRUCTIVO PARA AFILIADOS Y PRESTADORES

PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD

2026

INSTRUCTIVO PARA AFILIADOS Y PRESTADORES 2026

IMPORTANTE

- ✓ **La documentación corresponderá al tratamiento anual prescripto.**
- ✓ **La solicitud de las prestaciones** (a excepción de las prácticas relacionadas a la escolaridad) **no deberá estar sujeta al año calendario, se corresponderá con el período prescrito y podrá ser igual o menor a un año.**
- ✓ La documentación deberá ser firmada en forma ológrafa por el beneficiario y el prestador. **No se aceptarán documentos con tachaduras o enmiendas.**
- ✓ El legajo deberá enviarse de forma digitalizada (escaneada) y legible. **NO HACE FALTA ENTREGAR ORIGINALES.**
- ✓ La misma deberá presentarse completa, no se recibirán entregas parciales o que no cumplan con los requisitos solicitados.
- ✓ Se solicita realizar la solicitud de tratamientos con la suficiente anticipación para no provocar demoras en la auditoría administrativa y la evaluación del equipo interdisciplinario, permitiendo la eventual autorización o reorientación de los tratamientos indicados sin perjudicar el proceso terapéutico del paciente.
- ✓ La recepción de la documentación NO significará la autorización de la prestación solicitada. El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA será bajo responsabilidad del prestador y no obliga a la Agente de Seguro de Salud a cubrir la prestación (la cobertura en ciclos previos no da derecho al profesional interviniente a continuar con la prestación sin la previa autorización del Agente de Seguro de Salud).
- ✓ El equipo interdisciplinario de los Agentes de Seguro de Salud y de las Empresas de Medicina Prepaga podrá requerir documentación respaldatoria adicional a la indicada en caso de considerarlo pertinente, pudiendo solicitar la modificación o adecuación de determinadas terapias.
- ✓ En caso que se produzca un cambio de profesional para una determinada práctica, deberá presentarse una nota junto con la documentación del nuevo profesional, explicando los motivos del cambio (ver modelo adjunto en archivo anexo).
- ✓ **NO SE ACEPTARÁ DOCUMENTACIÓN QUE NO ESTE DIGIRIDA A OSBARA.**

A. DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA - AFILIADOS

1. *Fotocopia de DNI.*
2. *Fotocopia del carnet del titular y beneficiario.*
3. *Último recibo de sueldo.*
4. *Planilla con datos de contacto socio-familiares (ver modelo adjunto en archivo anexo).*
5. *Certificado de discapacidad vigente* emitido por Organismo Competente. Para iniciar el trámite de obtención ingresar [aquí](#).
6. *Resumen historia clínica* firmado y sellado por médico tratante. La misma debe incluir nombre y apellido, DNI y N° de afiliado del paciente, edad, antecedentes, diagnóstico, evolución con los tratamientos realizados (ver modelo adjunto en archivo anexo).
7. *Prescripción de la prestación solicitada firmada* por médico tratante. LA MISMA DEBERÁ SER EMITIDA EN FORMATO ELECTRONICO, Y CUMPLIR CON LOS REQUISITOS INDICADOS EN LA RESOLUCIÓN 1724/25.

Debe incluir nombre y apellido, DNI y N° de afiliado del paciente, obra social y periodo por el cual se realizará la práctica solicitada (mes de inicio, mes de finalización y año). **La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución prestadora (ANEXO II, Res 1743/24).** En caso que así sea, no se aceptará la orden y se solicitará una revisión con otro profesional.

Según la prestación brindada deberá incluir las aclaraciones correspondientes, por ejemplo:

- **Centro de día, CET, Escolaridad, Formación laboral.** Especificar tipo de jornada (simple o doble).
- **Hogar y Residencias.** Indicar estadía (permanente o de lunes a viernes).
- **Prestaciones de apoyo, estimulación y/o rehabilitación.** Indicar terapia (Fonoaudiología, Kinesiología, Psicología, etc) y cantidad de sesiones semanales por especialidad.
- **Integración escolar.** Especificar si se trata de un Módulo Maestra de apoyo o Integración escolar en equipo.

- **Transporte.** *Deberá especificar origen y destino (ejemplo: de domicilio a terapias, de domicilio a escuela, etc.). EN LA PRESCRIPCIÓN SE DEBERÁ JUSTIFICAR LA IMPOSIBILIDAD DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA MOVILIZARSE EN TRANSPORTE PÚBLICO (caso contrario, se rechazará la solicitud).*
8. *Consentimiento informado* para cada una de las prestaciones, firmado por el padre, tutor o responsable y el prestador elegido para realizar la práctica. Debe utilizarse el formulario adjunto según Res 1743/24, Anexo III (ver modelo adjunto en archivo anexo).
 9. *Certificado de alumno regular.* Se solicitará en caso que el afiliado solicite autorización para las siguientes prácticas: Prestación de apoyo (una sola prestación de rehabilitación con un máximo de 6 sesiones semanales), Apoyo la integración escolar (ya sea con maestra integradora o equipo interdisciplinario), Transporte y/o Alimentación (estas últimas en caso que sean secundarias a la escolaridad).
 10. *Informe social.* SOLO REQUERIDO PARA PRESTACIONES DE HOGAR (EN TODAS SUS MODALIDADES) Y PEQUEÑO HOGAR. Este documento debe avalar su necesidad asistencial y debe ser confeccionado por un Licenciado en Trabajo Social.
 11. *Constancia de domicilio policial o acreditada por Licenciado en Trabajo Social (SOLO EN CASO DE SOLICITAR TRASLADO/S MAYOR/ES A 1500 KM DE RECORRIDO TOTAL)* Este deberá adjuntarse **junto con un informe médico** fundamentando el motivo del recorrido.

B. DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA – PRESTADORES

1. DOCUMENTACIÓN GENERAL (TODAS LAS PRESTACIONES)

- *Presupuesto* en el que deberán constar datos del prestador (CUIT, domicilio de atención, teléfono de contacto, dirección de mail, etc.), costo por sesión, día o km según corresponda, costo total mensual, firma y sello del prestador (ver modelos según prestación en archivo anexo).
- *Cronograma* con días y horarios en los que se llevarán a cabo las sesiones/prácticas (incluido en el presupuesto).
- *Plan de abordaje individual*, indicando período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje y estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, **firmado y sellado por el prestador**. El plan de trabajo debe estar redactado a conciencia y ajustarse a las necesidades de la persona con discapacidad.

- *Informe inicial*_(SOLO EN CASO DE COMENZAR CON UNA NUEVA PRESTACIÓN) en la cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- *Informe evolutivo* (EN CASO DE CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN) en el cual consten período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados.
- *Informe semestral de la prestación* (CADA 6 MESES A PARTIR DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN).
- *Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad*, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales.
- *Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para Rehabilitación, Estimulación temprana y otros vigentes de atención sanitaria* (ya sean profesionales o instituciones).
- *Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.*
- *Constancia de inscripción en AFIP.*
- *Constancia de CBU* y datos de la cuenta bancaria.
- *Consentimiento de acreditación en cuenta bancaria* con firma y aclaración del prestador o apoderado de la institución (ver modelo adjunto en archivo anexo).
- *Planillas de asistencia* mensual en carácter de DDJJ por cada prestación (ver modelo adjunto en archivo anexo). Estas deberán ser enviadas en un archivo aparte en pdf, mensualmente, junto con la factura electrónica del prestador (ver ítem 3.III).

SOLICITUD DE DEPENDENCIA **(PERSONAS CON DISCAPACIDAD MAYORES A 6 AÑOS)**

- Las prestaciones de Hogar, Hogar con CD, Hogar con CET, Centro de día, Centro Educativo Terapéutico deberán presentar *informe cuantitativo y cualitativo de la Escala FIM* (Medición de Independencia Funcional) confeccionada por un Licenciado en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual (ver modelo adjunto en archivo anexo).
- La prestación de Transporte requerirá *informe cuantitativo y cualitativo de la Escala FIM* (Medición de Independencia Funcional) confeccionada por médico tratante o Licenciado en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

2. DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA (SEGÚN PRESTACIÓN)

a) SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O MAESTRO DE APOYO

- *Certificado de alumno regular vigente* emitido por la escuela dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo (ya mencionado anteriormente).
- *Acta acuerdo de integración*, firmado por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Debe presentarse dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo (ver modelo adjunto en archivo anexo).
- *Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular* en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante.
- *Para la prestación "Maestro de apoyo" deberán presentar el título habilitante y analítico de materias* legalizado por organismo competente (en estos casos, la práctica deben llevarla a cabo maestros especiales o licenciados en psicopedagogía).

LA PRESTACIÓN EN EQUIPO TIENE UNA CARGA HORARIA MÍNIMA DE 32 HS MENSUALES Y LA DE MAESTRO DE APOYO DE 24 HS MENSUALES (EN CASO DE MENOR CARGA HORARIA CORRESPONDE ARANCEL MAESTRO DE APOYO POR HORA S/NOMENCLADOR).

ESTAS PRÁCTICAS SOLO SERÁN AUTORIZADAS SI EL /LA AFILIADO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO/A EN ESCUELA COMÚN.

b) TRANSPORTE

- *Presupuesto en el cual conste diagrama de traslados* con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad, familiar o tutor/responsable (ver modelo adjunto en archivo anexo).
- *Habilitación para el transporte de pasajeros*.
- *Póliza de seguro* actualizada.
- *Verificación técnica vehicular (VTV)*.
- *Licencia de conducir* del chofer o de los choferes a cargo del vehículo.

- Planilla de traslados en carácter de DDJJ por cada traslado autorizado (ver modelo adjunto en archivo anexo). Estas deberán ser enviadas en un archivo aparte en pdf, mensualmente, junto con la factura electrónica del transportista (ver ítem 3.III)

3. FACTURACIÓN

- ✓ *La factura deberá ser emitida del 1 al 5 de cada mes posterior al mes de prestación y deberá ser presentada por medios digitales sin excepción antes del día 8 de cada mes.*
- ✓ ***Las facturas deberán ser enviadas a mes vencido, en formato PDF original, con QR legible según exige Res. 4892/20 de la AFIP. NO SE PODRÁN ENVIAR FOTOS O DIGITALIZACIÓN DE FOTOCOPIA.***
- ✓ *En caso que el profesional se demore en la presentación, el pago sufrirá demoras en su liquidación.*
- ✓ *Solo se reconocerá facturación retroactiva a 2 meses del mes calendario en curso.*
- ✓ *La fecha de conformidad, los planes de abordaje, el diagrama de transporte y la aprobación de estos por parte del agente de seguro de salud deberá ser anterior a la fecha de emisión de la primera factura.*
- ✓ *Es responsabilidad exclusiva del prestador entregar las facturas en condiciones de ser liquidadas.*

I. DATOS DEL RECEPTOR

- Razón Social: OBRA SOCIAL DE BOXEADORES AGREMIADOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA (OSBARA).
- CUIT: 30-65635676-2.
- Domicilio: TALCAHUANO 109 6TO D (CABA).
- Condición frente al IVA: Sujeto exento.
- Condición de venta: Cuenta corriente.
- El periodo facturado debe coincidir con el mes en que se otorgó la prestación.

II. DETALLE DE LA FACTURA

- *Datos personales* del beneficiario. Nombre y apellido, DNI o CUIL.
- *Detalle de la prestación* según nomenclador de prestaciones básicas. En caso de:
 - **PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:** especificar cantidad de sesiones realizadas y práctica otorgada (Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicomotricidad, Psicología, etc.);
 - **CET, ESCUELAS Y CENTRO DE DIA:** detallar si se trata de jornada simple o doble y categoría;
 - **TRANSPORTE:** indicar dirección de partida y llegada, cantidad de viajes por día y mes, cantidad de km recorridos por viaje y por mes, valor del km, subtotal y total de todos los conceptos facturados.
En caso de facturar **traslados de tramo corto** (recorridos menores a 12 km, ida y vuelta), deberá calcular el total a facturar tomando como base 12 km diarios.
- *Periodo de prestación* en el cual fue otorgada la práctica (mes/año).
- *Valor unitario* de la prestación en caso que corresponda (por sesión, hora, día, etc.).
- Si corresponde *dependencia o aplicar proporcional por zona desfavorable*, debe estar aclarado en el concepto de factura (solicitamos desglosar el monto individual correspondiente a estos cargos).
- *Subtotal y total* de todos los conceptos facturados.

III. PLANILLA DE ASISTENCIA/TRASLADOS

- La planilla de asistencia/traslado correspondiente al periodo facturado deberá ser enviada junto con la factura, **en archivos separados**. Esta es condición excluyente para el pago de la factura.
- La PA deberá contener los datos del prestador (razón social, domicilio, mail, teléfono), datos del beneficiario (Apellido y Nombre, DNI), prestación brindada, prestación de destino (en caso de traslado), periodo facturado y esquema de días/horarios de concurrencia del beneficiario (ver modelos adjuntos en archivo anexo).
- Cada sesión brindada debe estar firmada por ambas partes de forma ológrafa.

- Al final de la planilla, deberá constar: firma y sello del profesional y firma, aclaración, DNI y vínculo del tutor/responsable del afiliado.
- **NO se aceptarán documentos ilegibles, con tachaduras o enmiendas.**

IV. NOTAS DE CRÉDITO Y REFACTURACIÓN

- OSBARA podrá solicitar al prestador la emisión de una Nota de Crédito (NC) para anular comprobantes **cuya emisión resulte incorrecta, incompleta o inválida.**
- En todos los casos en que se requiera refacturar debido a errores en la emisión original, la nueva factura **deberá presentarse acompañada** de la correspondiente Nota de Crédito.
- Si el prestador necesitara anular una factura sin que dicha anulación haya sido solicitada por la Obra Social, **deberá notificar previamente la emisión del nuevo comprobante.** Esto se debe a que la factura afectada podría haber sido ya presentada y subsidiada, y su anulación sin aviso previo podría generar demoras administrativas y, en consecuencia, retrasos en la transferencia de pagos al prestador.
- En los casos de **ajustes retroactivos por actualización del nomenclador**, cuando el prestador ya haya emitido y remitido la factura correspondiente al valor anterior, deberá emitir una nueva factura únicamente por el importe del ajuste. **NO DEBERÁ ANULAR LA FACTURA PREVIAMENTE ENVIADA NI INFORMADA A LA OBRA SOCIAL.**

V. RECIBO CANCELATORIO (en caso que corresponda, una vez cobrada la prestación).

- Fecha y datos del receptor según ítem I.
- Número completo de factura/s que cancela e importe individual por factura.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de transferencia.
- Importe total recibido (verificar que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas).
- Firma y aclaración del prestador (ológrafo o digital).