



## **Discapacidad**

Por medio de la presente la Obra Social **O.S.E.T.y.A** le informa la documentación a presentar por el beneficiario para la gestión del legajo de discapacidad del afiliado y la consecuente cobertura de las prestaciones:

- Certificado de discapacidad **VIGENTE**.
- DNI del afiliado a recibir prestaciones.
- DNI del titular.
- Ultimo recibo de haberes.
- Prescripción médica de la prestación a realizar.
- Presupuesto del profesional.
- RNP del profesional o Inscripción en la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) si es una Institución. **VIGENTE**
- Conformidad de prestación firmada por los profesionales y los afiliados titulares.
- Constancia de alumno regular.
- **¡LA PRESCRIPCION MEDICA, EL PRESUPUESTO, LA CONFORMIDAD DE LOS PROFESIONALES Y LA FACTURA DEBEN COINCIDIR!**

**PRESENTAR TODA LA DOCUMENTACION CON ANTICIPACION, DENTRO DEL PLAZO DETERMINADO POR LA OBRA SOCIAL.**



---

### PRESCRIPCION MEDICA

Debe contener:

- Apellido y nombre del afiliado.
- Nº de afiliado.
- Prestación solicitada
  - Si la prestación es una terapia debe especificar cantidad de sesiones por semana (cantidad de horas si la prestación se realiza por horas como por ejemplo: “apoyo a la integración”).
  - Si la prestación es transporte del beneficiario debe decir: “Se solicita transporte” (no indicar desde a donde hasta a donde se traslada)
  - Si la prestación es un Colegio debe especificar tipo de Jornada (simple o doble), y no debe aparecer el nombre del Colegio.
- Período **ANUAL** (EJ: AÑO 2015).
- Firma y sello del médico solicitante.

Siempre la prescripción médica debe estar confeccionada con anterioridad al inicio de la realización de la prestación (por ejemplo: si la prestación se realizará de febrero a diciembre, la prescripción médica debe ser del mes de enero).



---

### PRESUPUESTO DE LA PRESTACION

Debe contener:

- Apellido y Nombre del afiliado
- N° del afiliado
- Prestación a realizar (DEBE COINCIDIR CON LA PRESCRIPCION MEDICA)
  - Si es **transporte**: debe indicar domicilio de origen, domicilio de destino, cantidad de kilómetros recorridos diarios, cantidad de kilómetros recorridos por mes, valor unitario del kilómetro según última resolución, valor total del mes y cantidad de viajes.
  - Si es **terapia**: debe indicar cantidad de sesiones por semana, cantidad de sesiones totales por mes, valor por sesión según última resolución, valor total por mes.
  - Si es **colegio**: debe especificar tipo de jornada, matrícula, valor por mes y categoría de la Institución.
- Período: **ANUAL** (EJ: AÑO 2015)
- Firma y sello del profesional

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



---

### CONFORMIDAD DE PRESTACION

Debe contener:

- Nombre y Apellido: del Afiliado titular y del Afiliado a recibir prestaciones.
- Prestación brindada (**DEBE COINCIDIR CON EL NOMBRE DE LA PRESTACION QUE APARECE EN LA PRESCRIPCION MEDICA**)
- Período de la prestación: **ANUAL** (AÑO 2015).
- Firma y sello del profesional (sello con la Matrícula del mismo)
- Firma y aclaración de los padres.

**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**

NUMERO DE REGISTRO 12.110-1



B.QUINQUELA MARTIN 1738

C.A.B.A.

(1271)

TEL: 4301-4175 AL 78

**Conformidad de Tratamiento y/o Práctica**

En la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del  
mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, quien

suscribe: \_\_\_\_\_, acreditando identidad con

DNI/LE/CI nº \_\_\_\_\_, afiliado a la Obra Social

\_\_\_\_\_, por el presente presta su conformidad del tratamiento y/o

práctica : \_\_\_\_\_

A favor del beneficiario: \_\_\_\_\_, nº de afiliado:

\_\_\_\_\_, correspondiente al período: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración **PRESTADOR 1**

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración **PRESTADOR 2**

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración **PRESTADOR 3**

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración **PRESTADOR 4**

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración **PRESTADOR 5**

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración **PRESTADOR 6**

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del **TITULAR**

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del **BENEFICIARIO**



## Requisitos de Facturación

Estimado Prestador

Por medio de la presente le informamos las Normas de Facturación según las nuevas normativas de DICAPACIDAD de la Superintendencia de Servicios de Salud

Dichas Facturas deben estar confeccionadas a nombre de: **OSETYA**, deben contener N° de **CUIT 33-63368181-9** y domicilio: **QUINQUELA MARTIN 1738 C.A.B.A.**

### PROFESIONALES

- Debe aclarar **NOMBRE Y NUMERO DE AFILIADO** del beneficiario al cual se le brinda la prestación
- **VALOR** de la sesión diaria (precio **unitario**)
- **CANTIDAD** de sesiones por semana y **TOTAL** de sesiones por mes
- **VALOR TOTAL** de las sesiones por mes
- **PLANILLA DE ASISTENCIA** firmada por el beneficiario y el profesional (junto con el sello del profesional)
- **CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR** firmado por el establecimiento
- **MES CORRESPONDIENTE DE PRESTACION**

### INSTITUCIONES EDUCATIVAS

- Debe aclarar **NOMBRE Y NUMERO DE AFILIADO** del beneficiario al cual se le brinda la prestación
- **VALOR TOTAL** de la prestación
- **NOMBRE** de la **PRESTACIÓN** brindada (es decir, si es escuela, apoyo a la integración, formación laboral, etc)
- Detallar tipo de **JORNADA**
- Detallar **CATEGORIA** e la Institución
- **PLANILLA DE ASISTENCIA** firmada por el beneficiario y la Institución (sello de la misma)
- **CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR**
- **MES CORRESPONDIENTE DE LA PRESTACIÓN**

**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**  
NUMERO DE REGISTRO 12.110-1



B.QUINQUELA MARTIN 1738

C.A.B.A.

(1271)

TEL: 4301-4175 AL 78

---

**TRANSPORTE**

- Debe aclarar **NOMBRE Y NUMERO DE AFILIADO** del beneficiario al cual se le brinda la prestación
- **LUGAR DE ORIGEN** (domicilio) y **DESTINO DE LOS VIAJES** (domicilio)
- **VALOR** del **KILOMETRO**
- **CANTIDAD** y **VALOR** de **KILOMETROS DIARIOS**
- **CANTIDAD** y **VALOR** de **KILOMETROS MENSUALES**
- **CANTIDAD** de **VIAJES**
- **PLANILLA DE ASISTENCIA** firmada por el beneficiario
- **MES CORRESPONDIENTE DE PRESTACION**

**DE NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, SE DEBITARA EL TOTAL DE LO FACTURADO**

