



OSPIT

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

Solicitud de Cobertura

PERIODO 2025

El Presente tiene como objetivo detallar todos los requisitos y pasos a seguir para gestionar PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD. Se recuerda que los requerimientos están sujetos a modificaciones según nuevas disposiciones del Organismo Oficial correspondiente (Ministerio de Salud- Superintendencia de Servicios de Salud).

SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1731/2021, LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PRESENTADA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN 2025, SE DEBERÁN PRESENTAR DE MANERA DIGITAL. Es decir, adjuntos a un correo enviado a:

SECTOR DE DISCAPACIDAD: equipodiscapacidadospit@gmail.com

LA DOCUMENTACIÓN DE FACTURACIÓN (CBU, factura e informe semestral del prestador), debe ser enviada al siguiente mail:

FACTURACIÓN: facturasdiscapacidad.ospit@gmail.com

INFORMES SEMESTRALES: Se solicita informes semestrales en el mes de julio con la factura de julio del 1 al 10, el mismo debe ser presentado al siguiente mail equipodiscapacidadospit@gmail.com. A su vez, debe presentarse un informe final del 1 al 10 de diciembre, de ellos depende la extensión de la autorización.

MAILS ÚTILES:

Afiliaciones: afiliacionesospit@gmail.com

Auditoría médica: efarrapeira.ospit@gmail.com



LINEAMIENTOS GENERALES

- ✚ **No se autorizarán tratamientos** en lugares que no estén inscritos en el **REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP)** dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y en el Servicio Nacional de Rehabilitación y / o tengan la inscripción en trámite y que no posean la habilitación para funcionar como tales, expedida por el Ministerio de Salud (secretaría) y / o Ministerio de Educación o Autoridad Municipal, según corresponda.
- ✚ **No se autorizan prestaciones** realizadas por profesionales del área de salud **que no estén inscritos en el registro nacional de prestadores.**
- ✚ Se debe armar un **expediente con la documentación solicitada totalmente cumplimentada, no otorgándose cobertura de ningún tipo de prestación con carácter retroactivo.** El tratamiento deberá iniciarse cuando se **autorice desde Auditoria de Discapacidad Equipo Interdisciplinario.** Es decir, que **únicamente puede ser presentado una vez por año.**
- ✚ Se presentará **un expediente por año**, con vigencia anual (por ejemplo: de febrero 2025 a febrero 2026. El mismo caduca el 31 de diciembre). Los mismos **deberán ser presentados con mínimo de 15 días de anterioridad al periodo de prestación indicado por el médico de cabecera**, siendo los mismos auditados por el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad y otorgándoles la **AUTORIZACION, ENVIADAS A TRAVES DEL MAIL QUE EL AFILIADO PRESENTE, a partir de la cual se podrá INICIAR las prestaciones correspondientes.**



- ✚ Las prestaciones educativas (maestra de apoyo/maestra integradora, equipo de integración escolar) caducarán cada 31 de diciembre del año que fueron solicitados, debiéndose presentar el expediente completo, con la documentación solicitada en el instructivo vigente, para su renovación.

- ✚ Es requisito indispensable contar con el CUD VIGENTE y los RNP de los profesionales tratantes vigentes durante todo el periodo solicitado por el médico de cabecera. En caso contrario, se autorizará la prestación solicitada hasta la fecha real de su vencimiento. Se le dará CONTINUIDAD a la AUTORIZACION, SOLO SI SE PRESENTA LA RENOVACION DEL RNP, por lo cual les pedimos a los titulares de la Obra Social que estén informados al respecto para poder acceder a la cobertura solicitada, optimizar los recursos y brindarle prestación CONTINUA al afiliado.

- ✚ Ante Resoluciones nuevas del Ministerio de Salud, se solicita presentar la facturación del mes correspondiente, con el nuevo presupuesto, cronograma y valores citando el número de Resolución (ej.: Resolución Conjunta 5/2023 Valor por sesión \$5157).

- ✚ Con respecto a la presentación de la documentación solicitada para formar el expediente, la misma debe ser enviada por única vez de manera completa (no se recibirá documentación parcial). En el caso de que faltará documentación, nos comunicaremos vía mail con el fin de requerir los faltantes a complementar. A partir de la fecha de la última documentación entregada, se genera la autorización correspondiente de todas las prestaciones solicitadas por el médico de cabecera.

- ✚ La documentación debe ser enviada en formato PDF y nombrada de manera abreviada, según el ejemplo que se hará mención: DNI titular, FO (fonoaudióloga) título, PS (psicóloga) RNP (registro nacional de prestadores), PP (psicopedagoga) evaluación, K (kinesiología), AT (acompañante terapéutico), ET (estimulación temprana), MI (maestra integradora), MA (maestra de apoyo), EIE (equipo integración escolar)

- ✚ Se realizarán durante el ciclo **entrevistas de seguimiento con padres y el afiliado** que recibe prestaciones, es por ello que se los citara con previo aviso y mutuo acuerdo con las familias.
- ✚ **Modificación de tratamiento ya autorizado**: en los casos de la solicitud de la modificación de un tratamiento autorizado durante el año en curso, se deberá presentar:
 - **Nota del beneficiario/titular** solicitando el **cambio** que **incluya fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado y motivo.**
 - **Nuevo pedido médico** con la debida justiciación de **modificación del tratamiento.**
 - **Nuevo resumen de historia médica con justiciación.**
 - Todo pedido de modificación de tratamiento, cambio de prestador quedará sujeto a la **evaluación del equipo interdisciplinario de discapacidad.**
 - En caso de incorporarse una nueva prestación la misma debe gestionarse **30 días antes.**
- ✚ **No se reconocera la prestación del inicio de año** cuando el expediente fue presentado **posteriori del mes de inicio.**

OBSERVACIONES: para todas las prestaciones se solicita informes **EVOLUTIVOS SEMESTRALES** con la ACTUALIZACION TERAPEUTICA del paciente. DEBERA SER ENVIADO DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS DEL MES DE JULIO Y EL INFORME FINAL EN DICIEMBRE AL MAIL: equipodiscapacidadespit@gmail.com

LA DOCUMENTACIÓN DIGITAL COMPLETA QUE NO SEA ENTREGADA EN TIEMPO Y FORMA RETRASA EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD, POR LO TANTO, SUGERIMOS QUE SI DEBEN DARLE CONTINUIDAD A LOS TRATAMIENTOS REQUERIDOS POR SU MÉDICO DE CABECERA PRESENTE EL EXPEDIENTE EN EL TRANSCURSO DE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL CORRIENTE AÑO.

DOCUMENTACIÓN

FORMATO PDF.

Se comienza a recibir expedientes a partir del 20 de noviembre.

¿QUÉ DOCUMENTACIÓN PERSONAL SE DEBE PRESENTAR?:

- **DEL TITULAR:**

- 1- **DNI** (fotocopia).
- 2- **CARNET DE OBRA SOCIAL** actualizado (fotocopia).
- 3- Fotocopia de **ÚLTIMO recibo de haberes** (recibo de sueldo). **MONOTRIBUTISTA:** constancia de inscripción (formulario 184) y los **últimos seis (6) comprobantes de pago**
4. **Mail del titular: (MEDIANTE ESTE MEDIO SE ENVIARÁ LAS AUTORIZACIONES DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS)**

- **AFILIADO:**

- 1- **DNI** (fotocopia).
- 2- **CARNET DE OBRA SOCIAL** actualizado (fotocopia).
- 3- **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD** (CUD). En caso que este vencido o próximo a vencer, presentar **TURNO Y RENOVACIÓN**.
- 4- **FORMULARIO 502:** Este debe ser completado por el Titular/ beneficiario.

¿QUÉ DOCUMENTACIÓN SE LE SOLICITA AL MÉDICO TRATANTE?:

- 1- **FORMULARIO 503:** El mismo médico que realiza las ordenes de las prestaciones debe realizar el formulario de historia clínica prescripta por el médico de cabecera neurólogo o psiquiatra según al diagnóstico por CUD, debe ser el mismo médico que realiza las ordenes con las solicitudes de prestaciones, el resumen de historia clínica, y que completa los formularios o escalas correspondientes

2- Resumen de HISTORIA CLINICA: Prescripta por el profesional médico de cabecera, Neurólogo o psiquiatra (según al diagnóstico por CUD.) Deberá contener datos del paciente que sean relevantes para el tratamiento prescrito:

- La **FECHA de EMISIÓN** debe ser **anterior (un mes)** a la fecha a la cual se al inicio de la prestación.

Firma y sello legible del médico.

-**Datos personales:** Nombre completo y apellido, DNI, número de afiliado diagnóstico.

3-PRESCRIPCIÓN MÉDICA: Original y Anuales. Una por cada prestación (especialidad solicitada). Deberá constar: Nombre y apellido del paciente, número de afiliado, DNI, diagnóstico, período correspondiente a la prestación solicitada. Ej.: Desde tal mes (Marzo 2025 hasta Marzo 2026).

✚ Fecha de emisión anterior al período de prestación. Frecuencia de atención (Ej.: dos veces por semana). La orden médica **NO PUEDE TENER, TACHADURAS, ENMIENDAS O BORRADAS CON LÁPIZ CORRECTOR (en caso de tenerlas deberá de rehacerla)**

***INSTITUCIONES** (ej.: CET, jornada simple de marzo a diciembre 2025), deberá constar jornada simple o doble o reducida, y la frecuencia de asistencia (EJ: lunes a viernes o tres veces por semana, etc.). Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento. **No se indica por el nombre de las Instituciones o profesionales.**

***TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:** La orden médica debe detallar datos personales del paciente (nombre y apellido completo, DNI, numero de afiliado y diagnóstico) la especialidad (ej.: psicología), el período de la prestación (Ej.: Marzo a diciembre 2025), la frecuencia semanal.

¿QUÉ DOCUMENTACIÓN SE LE SOLICITA A LA ESCUELA?:

- 1- **Constancia de Alumno Regular**
- 2- En el caso de **Integraciones escolares** deberán enviar **número de CUE** del colegio al cual asiste.

OSPIT

PRESTADORES:

¿QUÉ DOCUMENTACIÓN SE LES SOLICITA A LOS PROFESIONALES/PRESTADORES?:

Una vez que cuentan con la documentación del médico tratante, y la documentación personal, se solicita a los prestadores la documentación.

Instituciones – Profesionales

1) Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta.

2) Inscripción en el Registro de prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. Los profesionales, además de presentar la Inscripción en el Registro de prestadores deberán adjuntar título habilitante con **sellos en dorso**.

3) Constancia de Inscripción en la AFIP (actualizada).

4) EVALUACIÓN INICIAL Y PLAN DE TRABAJO: original con objetivos terapéuticos, firmados de manera ológrafa, electrónica o digital, por el prestador y padre/madre o tutor, con aclaración y número de DNI

5) PRESUPUESTOS: Con el formato propuesto por OSPIT, anexo al presente instructivo. Datos del beneficiario, diagnóstico, período de atención anual con vencimiento diciembre 2025. Frecuencia de atención. Valor por sesión (sujeto a resolución vigente) y valor total mensual. Cronograma de atención en hoja aparte con días y horario pactado y lugar de atención.

En los casos de ajustes por nuevas Resoluciones Ministeriales, se deberá presentar un nuevo presupuesto en original. Dado que cada solicitud formará parte del expediente de cada beneficiario, los mismos deberán presentarse en forma individual.

6) Consentimiento de la prestación solicitada, firmado por el titular con aclaración de la firma y DNI. El prestador debe firmar y sellar de manera ológrafa, electrónica o digital. Se presentará un consentimiento por cada prestación realizada.

7) Formulario OSPIT de CBU, junto con la **constancia de CBU** expedida por el Banco.

8) Se deberá presentar **INFORME SEMESTRAL EVOLUTIVO** presentado con la **facturación**, tanto de las **INSTITUCIONES** como de los **PRESTADORES independientes**, en **julio** y **diciembre 2025**. Dichos **informes** deberán contar con los siguientes datos: **fecha de elaboración** (con el **período de evaluación**), **datos del afiliado** y del **prestador**, **firma y sello del profesional**, debe ser **descriptivo** con el **desempeño** en cada ítem de los objetivos planteados en el **plan de tratamiento**.

9) Seguro de mala praxis profesional

OSPIT

INTEGRACION ESCOLAR

MÓDULO DE APOYO o LA INTEGRACIÓN ESCOLAR o EQUIPO INTERDISCIPLINARIO para apoyo a la integración escolar categorizado

¿QUÉ DOCUMENTACIÓN SE LE SOLICITA AL PROFESIONAL DE INTEGRACIÓN?:

- 1) Título habilitante (docente especial o psicopedagogo).
- 2) Analítico.
- 3) Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de junta correspondiente (en el caso que lo brinde una Institución/Equipo Interdisciplinario).
- 4) Constancia de Inscripción en la AFIP (actualizada).
- 5) Presupuestos: Con el formato propuesto por OSPIT, anexo al presente instructivo.
Período: Datos del beneficiario, diagnóstico, período de atención, con vencimiento en diciembre 2025. Valor por módulo, con cantidad de horas semanales y mensuales totales.
(Total reconocido: 20 horas semanales, por módulo de integración).
- 6) Cronograma de concurrencia en hoja aparte con días y horario pactado.
- 7) Proyecto de integración con Evaluación inicial, y Plan de Trabajo, firma, aclaración y DNI de forma ológrafa, electrónica o digital por padres y prestador
- 8) Adecuaciones Curriculares firmado y sellado por el docente/profesional/ equipo integrador que da la prestación.
- 9) Acta Acuerdo (Original) firmada por padres, directivos del colegio y Maestra Integradora. Debe incluir la MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN (con carga horario, días y turno).
- 10) Constancia de Alumno Regular o Reserva de Vacante, debe incluir el CUE de la escuela.
- 11) **PLANILLA DE ASISTENCIA:** Con firma ológrafa por sesión, formato PDF indicando:
“PLANILLADEASISTENCIA_CUIT_TIPODECOMRPOBANTE_PUNTO_NUMERO”.

ESTIMULACION TEMPRANA:

Podrá ser brindada por:

-**Centros de Estimulación Temprana** específicamente acreditados (habilitados) **con Equipo Terapéutico Interdisciplinario.**

-Profesionales **con post título de grado.**

-La **FRECUENCIA DE ATENCIÓN** se llevará a cabo según lo indica el marco Básico de prestaciones y establecimientos de atención a personas con discapacidad: **ENTRE 1 Y 3 VECES POR SEMANA** (incluyendo todas las prestaciones que el niño requiere)

-**Sesiones:** *Duración 45 minutos (mínimo).*

ACOMPANAMIENTO TERAPEÚTICO:

¿QUÉ DOCUMENTACIÓN SE LE SOLICITA AL PROFESIONAL DE ACOMPAÑANTE TERAPEÚTICO?:

- 1) **Título habilitante.**
- 2) **Constancia de Inscripción en la AFIP (actualizada).**
- 3) **Presupuestos:** Con el **formato** propuesto por **OSPIT**, anexo al presente **instructivo**.
Período: **Datos del beneficiario, diagnóstico, período de atención, con vencimiento en diciembre 2025. Con cantidad de horas semanales y mensuales totales.**
- 4) **Cronograma de concurrencia** en hoja aparte con días y horario pactado.
- 5) **Evaluación inicial y Plan de Trabajo**, firma, aclaración y DNI de forma ológrafa, electrónica o digital por padres y prestador
- 6) **Consentimiento del PRESTADOR**, a través del cual el mismo no podrá iniciar la prestación hasta tanto sea autorizada la misma.
- 7) **Resumen de Historia Clínica que justifique el motivo por el cual solicitan la prestación de acompañamiento terapéutico o cuidador domiciliario por parte del profesional de salud de psiquiatría, especificando los objetivos de tratamiento**

TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:

***SE RECONOCERÁ SOLO:**

- **MODULO SIMPLE:** menos de 5 sesiones semanales (más de una especialidad).
*Duración: 45 minutos a 1 hora reloj.
- **MODULO INTEGRAL INTENSIVO:** hasta 5 (cinco) sesiones semanales (más de una especialidad).
* Duración: 45 minutos a 1 hora reloj.
- **MODULO DE APOYO:** El niño escolarizado solo tendrá **una prestación principal** que apoye a su **escolaridad especial**. Máximo **5 sesiones semanales** (*una sola especialidad. Por ejemplo: 5 turnos de psicopedagogía o fonoaudiología*).
*Duración mínima 45 minutos por sesión.

Los **MÓDULOS NO SE COMPLEMENTAN**. El médico deberá indicar cuál es la prestación que requiere de acuerdo al diagnóstico que figura en el Certificado de discapacidad (**CUD**).

TRANSPORTE ESPECIAL

SOLO EN CASOS DE IMPOSIBILIDAD DE TRASLADARSE EN LOS MEDIOS PÚBLICOS DE TRANSPORTE, teniendo en cuenta el diagnóstico emitido por el CUD.

ORDEN MÉDICA debe contar con:

- **Anexo de justificación médica.**
- **Indicar la frecuencia de viajes semanales.**
- **Prestación a la que asiste.**
- **Lugar de partida y destino.**
- **Cronograma con horario.**
- **Dependencia si necesita o no dependencia y período solicitado (ej.: marzo a diciembre 2025).**



REQUISITOS:

Según la ley 24901, la prestación de transporte se autorizará ante la necesidad o limitaciones FÍSICAS MOTORAS detallado en su CUD como prestación básica.

Dependencia: SEGÚN EL CÓDIGO 425, LOS MENORES DE 6 AÑOS NO SERÁ CUBIERTA PORQUE DEBE CONCURRIR CON UN REFERENTE/AUXILIAR DEL NIÑO.

En caso de requerir transporte:

¿Qué SE LE SOLICITA AL MÉDICO TRATANTE?

-Orden médica.

-Escala FIM. (médico solicitante de la prestación deberá aclarar si el afiliado requiere o no de dependencia)

-Solicitud de transporte (anexo 1) firmada por médico tratante.

¿Qué documentación debe completar el afiliado?

-Planilla de no posesión de vehículo con franquicia.



¿QUÉ DOCUMENTACIÓN SE LE SOLICITA AL TRANSPORTISTA?

- **CARNET** de conducir (vigente).

- **POLIZA** de seguro vigente.

- **Habilitación** vigente.

- **DNI** del conductor.

- **Cedula verde**.

- **Constancia de CUIT Vigente**.

- **VTV (MAPA GOOGLE CON PÁGINA www.maps.google.com.ar)**

- **Presupuesto con Modelo brindado por obra social:** En el caso de requerir **dependencia** poner si y poner **nomenclador por dependencia (35% más)** *Si presenta Dependencia: SI NO*, y en el caso de poner *SI*, colocar valor por km diarios y mensuales en base al nomenclador con dependencia.

- **Consentimiento de la prestación solicitada**, firmado por el **titular** con **aclaración** de la firma y **DNI**. *El prestador debe firmar y sellar.*

- **Consentimiento del PRESTADOR**, a través del cual el mismo **no podrá iniciar la prestación** hasta tanto sea autorizada la misma.

FACTURACIÓN TRANSPORTE:

Se debe presentar junto con las facturas de las prestaciones a las que realiza el traslado

En todos los casos las **FACTURAS y RECIBOS X** deberán contener:

- **Apellido y Nombre del beneficiario.**
- **Número de Afiliado. DNI y CUIL,**
- **Período facturado (mes y año)**
- **El recorrido realizado (desde el lugar de origen hasta el lugar de destino)**
- **Indicar a que PRESTACION concurre.**
- **Valor unitario del Kilómetro.**
- **Cantidad de kilómetros y costo por viaje.**
- **Cantidad total de kilómetros mensuales.**
- **Cantidad de días que hace uso de la prestación. (ej: 10 viajes)**
- **Costo total mensual.**
- **Las diferencias por nomenclador, se facturarán en la factura siguiente (por ejemplo: diferencia de julio se facturaría en agosto).**
- **Enviar planilla completa.**
- **Constancia de CAE.**



FACTURACIÓN

- **PRESENTAR DEL 1 AL 5 DE CADA MES POR PRESTACIÓN BRINDADA**

Presentar facturación de transporte con **planilla de asistencia a la terapia** a la cual se lo **traslada**, la *terapia principal por ej: kinesiología* debe ser presentada al **mismo tiempo** que el transporte que utiliza para tal fin ya que debe ser presentado como **modulo completo**. **NO SE RECONOCERÁN DÍAS FERIADOS.**

FORMAS DE PRESENTACION:

Según la Superintendencia de Servicio de Salud, es obligatorio la presentación de las **facturas electrónicas en forma individual** por **AFILIADO** y por **PRESTACIÓN**. **El mail de facturación:** facturasdiscapacidad.ospit@gmail.com

Una vez emitida la transferencia bancaria debe presentarse a la brevedad (antes de los 5 días), el recibo "X" correspondiente a factura sacada. **ESTO HABILITARÁ LOS FUTUROS PAGOS.**

- **Factura B o C original.**
- **Presentación mensual.**
- Según la resolución **1743/24** la factura debe ser enviada **en formato PDF** tal como se **extrae del AFIP (sin cambiar el nombre del archivo)**.
- **Firmadas y selladas.**
- Constancia de **ASISTENCIA** a la **Institución y /o a las terapias.**
- **Constancia de alumno regular (mensual).**
- **MONOTRIBUTISTA, JUBILADO o DESEMPELEADO:** *Adjuntar copia del ticket de pago correspondiente al mes facturado.*
- **La factura debe tener la firma y sello del prestador.**
- **A la factura electrónica, adjuntar constancia de CAE.**

- **Ante aumento de aranceles, estipulado por la SSS, enviar junto a la factura el nuevo presupuesto con nuevos valores según resolución vigente.**
- **En el presente instructivo se adjunta planilla de asistencia para las diferentes prestaciones y anexos de acuerdo al médico de cabecera.**
- **Enviar planilla completa.**
- **Se debe presentar la facturación de todos los especialistas al mismo tiempo, ello facilitara la presentación del Módulo en la Superintendencia. Además, simplificará la carga y el pago más pronto (por ej: si el paciente tiene dos sesiones de fonoaudiología y dos de kinesiología, ambos profesionales deberán presentar la factura en la misma fecha**

OSPIT



DATOS OBLIGATORIOS A FACTURAR:

- **Fecha de emisión, posterior al mes de Prestación.**
- **Estar confeccionada a nombre de la Obra Social: OSPIT**
- **Domicilio: Bonorino 281. Ciudad Autónoma de Bs As. CUIT: 30-68274041-4**
- **Condición de IVA Exento.**

En el concepto se deberá indicar los siguientes datos:

- **Apellido y Nombre del beneficiario.**
- **Número de Afiliado, DNI y CUIL**
- **Período facturado (mes y año)**
- **Prestación brindada.**
- **Cantidad de sesiones a las que concurrió el beneficiario (Profesional)**
- **Valor de cada sesión (profesional) e Importe total de las sesiones (profesional)**

El RECIBO X debe estar confeccionado de la siguiente manera:

- **Fecha de emisión, coincidente con la transferencia bancaria**
- **Estar confeccionada a nombre de la Obra Social: OSPIT**
- **Domicilio: Bonorino 281. Ciudad Autónoma de Bs As. CUIT: 30-68274041-4**
- **Condición de IVA Exento.**
- **Recibo en forma individual por afiliado y por prestación.**
- **Número de factura que cancela y período. Colocar frase: Pago por transferenciabancaria**

- **Importe Recibido.**
- **Firma y sello del Prestador, ológrafa, electrónica o digital.**

Sujeto a modificación según nuevas disposiciones del Ministerio de Salud-

SECTOR CAPITAL FEDERAL - GRAN BUENOS AIRES, SOLICITAR ÓRDENES MÉDICAS A CONSULTORIOS1DEJUNIO@GMAIL.COM. ENVIAR SCANEADO EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Y LOS INFORMES FINALES DE CADA PROFESIONAL.

LA DOCUMENTACIÓN DIGITAL COMPLETA QUE NO SEA ENTREGADA EN TIEMPO Y FORMA RETRASA EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD, POR LO TANTO, SUGERIMOS QUE SI DEBEN DARLE CONTINUIDAD A LOS TRATAMIENTOS REQUERIDOS POR SU MÉDICO DE CABECERA PRESENTE EL EXPEDIENTE EN EL TRANSCURSO DE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL CORRIENTE AÑO.

OBSERVACIONES: EN RELACIÓN A LAS INQUIETUDES RESPECTO DE FACTURACIÓN Y COBRO, DEBEN COMUNICARSE AL SIGUIENTE MAIL

facturasdiscapacidad.ospit@gmail.com