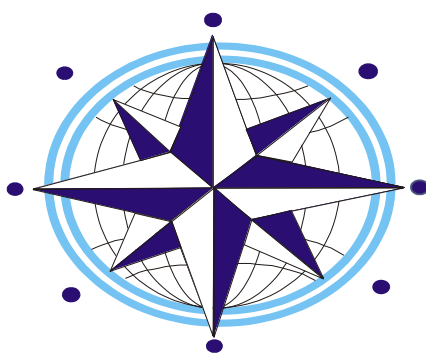




# O.S.C.O.M.M.

**OBRA SOCIAL DE CAPITANES DE ULTRAMAR  
Y OFICIALES DE LA MARINA MERCANTE**

**RNAS 1-1140-7**

**Sede Central: Av. Independencia 611 - C1099 AAG – C.A.B.A.**

**INFORMES 080066-OSCOMM  
(011) 4300 - 9700/01/03**

**E-MAIL: [mail@oscomm.ar](mailto:mail@oscomm.ar)**

# ***CARTILLA MÉDICA***

## ***ANEXO IV***

***Obra Social de Capitanes de Ultramar y***

***Oficiales de la Marina Mercante***

***RNAS: 1-1140-7***

**VIGENCIA: AÑO 2026-2027**

## **COBERTURA**

OSCOMM garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley 24.901, que instituye el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto Reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por Resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

## **INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2026/27**

### **PROCEDIMIENTOS e Instrucciones**

Los afiliados con discapacidad deberán seguir el siguiente listado de procedimientos e instrucciones para lograr el acceso integral a la cobertura establecida.

### **CONSIDERACIONES GENERALES**

Para solicitar las prestaciones en discapacidad del año 2026/27 se deberá presentar todos los requerimientos y su respectiva documentación en una única entrega a fin de poder tener una visión global de los tratamientos que el beneficiario requiere.

**De acuerdo con la normativa vigente la presentación se podrá realizarse de manera digital. Se aceptará documentación firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.**

**La presentación de esta se realizará personalmente en nuestra sede ó por mail.**

**Tiempo máximo de presentación 30 días desde la fecha de inicio de tratamiento.**

- No se recibirá documentación incompleta o incorrecta.
- Los formularios adjuntos son de presentación obligatoria sin excepción
- La documentación que se presente deberá poseer fecha de emisión previa al inicio de la prestación, especialmente la indicación médica. La documentación de los profesionales intervinientes deberá ser fechada con posterioridad a la fecha del pedido médico.
- Todo formulario para completar por el médico tratante, profesional interviniente, madre/padre y/o tutor, debe confeccionarse con misma letra y tinta, sin enmiendas ni tachaduras. Queda reiterado no se aceptarán documentos ilegibles.
- En ningún caso la recepción de la documentación significará la autorización de la cobertura.
- La existencia de la cobertura de prestaciones en años anteriores no significa obligación de cubrir su continuidad, sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- En las especialidades de psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, psicomotricidad, kinesiología, musicoterapia, etc., cada sesión implica una carga horaria mínima de 45 minutos. No se aceptará que se consideren dos sesiones consecutivas para cumplir con ese tiempo.

- Debe existir total coincidencia entre las prestaciones indicadas por el médico tratante (incluida cantidad de sesiones y/o tipo de jornada, período de cobertura, etc.) y el resto de la documentación: presupuestos, consentimientos, planes de trabajo, etc.
- El inicio de las prestaciones sin la debida autorización no obliga a OSCOMM a cubrirlas.
- OSCOMM no autorizará prestaciones con profesionales o instituciones que no se encuentren inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Agencia Nacional de Discapacidad según corresponda.
- 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.
- 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.

Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador.

## **ACLARACIONES**

- La prestación de Hidroterapia se autorizará prioritariamente cuando el paciente presente patología motora. La prestación debe brindarse en Instituciones en Centros de Rehabilitación inscriptos en la Agencia de Discapacidad (AND). En el caso que la prestación se lleve a cabo por un profesional particular en un natatorio, es excluyente que el profesional a cargo tenga el título de kinesiología, fisiatría o psicomotricidad (adjuntando la inscripción en el registro Nacional de Prestadores vigente). Asimismo, el natatorio debe estar habilitado.
- Se aclara que los profesores de Educación Física no se encuentran habilitados para brindar tratamientos de rehabilitación.
- Equino terapia no es una prestación reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación y no se encuentra incluida en el Plan Médico Obligatorio.
- Es importante destacar que se debe indicar como prestación tratamiento Cognitivo Conductual y/o Taller de Habilidades Sociales, sino que deberá nombrar únicamente la disciplina, por ejemplo: para TCC psicología, psico- pedagogía; para habilidades sociales: psicología, terapia ocupacional.

Entre paréntesis puede aclararse el abordaje (cognitivo conductual, habilidades sociales).

- Las terapias de rehabilitación se solicitan por disciplina sin especificación del abordaje. Ejemplo: para fonoaudiología no debe especificarse neurolingüística o técnica a utilizar.

## DOCUMENTACIÓN PARA PRESENTAR

- Resumen de historia clínica en el formulario que se adjunta, emitido por el médico tratante completo en su totalidad. La fecha deberá ser anterior al comienzo de las prestaciones
- Indicación médica: en formulario que se adjunta, el mismo médico tratante deberá confeccionar una orden médica por cada prestación solicitada. La fecha de emisión de esta deberá ser anterior al comienzo del tratamiento.
- Si prescribe terapias ambulatorias (ejemplo: psicología, psicopedagogía, etc.) detallar la cantidad de sesiones semanales de cada prestación.
- De indicar concurrencia a una institución (ejemplo: escolaridad, CET, Centro de Día, etc.) aclarar si es jornada simple, doble o reducida. Si se trata de jornada reducida explicitar cantidad de días y horas diarias.
- En todos los casos indicar el período de cobertura (de qué mes a qué mes del 2025/26 se realizará la prestación).
- La prestación de transporte debe especificar para qué prestaciones solicitan el mismo, punto de origen, punto de destino, si es con regreso, frecuencia semanal, período de cobertura. Es importante que se indique si corresponde o no la dependencia.
- En caso de indicar dependencia, el médico deberá completar la escala FIM.
- Para solicitar Integración escolar se deberá solicitar "módulo maestro de apoyo" o "módulo equipo de apoyo a la integración escolar". En ambos casos consignar frecuencia semanal, tipo de jornada y período de cobertura.
- Deberá adjuntar constancia de concurrencia al establecimiento Educativo o Educativo Asistencial al que asiste el beneficiario. En caso de escolaridad podrá presentar la constancia de reserva de vacante o pago de matrícula 2026/27, debiéndose indefectiblemente durante el mes de marzo 2026 presentar la constancia de alumno regular.
- Cuando se trate de escuela común debe incluir el número de CUE.

## **DOCUMENTACIÓN PERSONAL**

- Fotocopia del DNI del beneficiario. Constancia de CUIL del beneficiario.
- Copia del Certificado de Discapacidad vigente emitido por la autoridad competente. En caso de presentación por primera vez o renovación de CUD deberá traer el original.

Si el mismo venciera en el transcurso del año 2026, la cobertura se otorgará hasta la fecha de su vencimiento, debiendo el asociado presentar la renovación a fin de poder extender la cobertura de las prestaciones autorizadas hasta el final del ciclo 2026.

- Documentación de la persona que firmará el convenio por las prestaciones solicitadas en caso que no sea el firmante el beneficiario.

En caso de menores, deberá acreditarse el vínculo con la copia de la partida de nacimiento, DNI del firmante.

En caso de cónyuges deberá acreditar vínculo (libreta o acta de matrimonio, certificado de convivencia, etc.), DNI del firmante.

En caso que el firmante no pertenezca al grupo primario del beneficiario, deberá presentar poder general y amplio de administración, DNI del firmante.

El poder otorgado por el ANSES para el cobro de jubilaciones y/o pensiones no es válido para la celebración del convenio.

En caso de curatela deberá presentar copia de la sentencia, DNI del firmante.

## **REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR**

### **INSTITUCIONES**

- Presupuesto en original en el formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Consentimiento entre el beneficiario y prestador interviniente en formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Informe de evolución 2025 (sólo si es continuidad de tratamiento) original, 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 2026/27: 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.

- 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.

## PROFESIONALES

- Presupuesto en original en el formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Consentimiento entre el beneficiario y prestador interviniente en formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Informe de evolución 2024 (sólo si es continuidad de tratamiento) original, 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 2026/27: 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.
- Título habilitante.
- Constancia en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Agencia Nacional de Discapacidad (AND) con su respectiva categorización.

Los profesionales que efectúen prestaciones de rehabilitación como por ejemplo Psicología, Fonoaudiología, Kinesiología, 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 2025/26 deberá presentar la renovación del mismo.

- DNI
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU

## INTEGRACIÓN ESCOLAR

- 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 2024.
- Plan de abordaje individual 2026/27 con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionado por profesional o equipo tratante.
- En caso de continuidad de tratamiento, informe de evolución 2025. 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
- Presupuesto en original en el formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad.
- Consentimiento entre el beneficiario y prestador interviniente en formulario que se adjunta. Deberá estar completo en su totalidad. • Constancia de alumno regular.
- Tanto la constancia de alumno regular como el acta acuerdo deberán ser presentadas dentro de los 30 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
- 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.
- Módulo maestro de apoyo: podrán brindar esta modalidad Lic. en psicopedagogía, psicopedagogas, profesores de educación especial. En caso que deba ser Lic. en psicología, el médico tratante deberá justificar su intervención. Deberá presentar título habilitante y certificado analítico de materias
- Copia de la inscripción en el RNP de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Constancia de CUIT
- Copia de DNI
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU

## **ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

Se entiende por estimulación temprana al proceso educativo - terapéutico que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y el niño pequeño hasta los 4 años, pudiendo extenderse en algunos casos hasta los 6 años de vida.

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.

Requisitos:

- La indicación médica deberá indicar estimulación temprana, aclarando las prestaciones que incluye, la cantidad de sesiones semanales y el período de cobertura.
- Constancia de concurrencia en caso de asistir a un Centro.
- Formulario de presupuesto que se adjunta.
- Formulario de consentimiento entre beneficiario y profesional/ centro interviniente.
- Plan de tratamiento 2026/27: 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.
- En caso de continuidad de tratamiento, informe de evolución 2025. 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
- Si es un centro presentar copia de la categorización para la modalidad Estimulación Temprana.
- Si es un equipo interdisciplinario, presentar copia del título habilitante de cada profesional y copia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores vigente.
- Copia de DNI.
- Formulario de AFIP.
- Constancia de CUIT
- Constancia de CBU.

## TRANSPORTE

- 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.

- 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 Mapa 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 ARCA.
- DNI del transportista.
- Copia de VTV en caso de corresponder.
- Constancia de CUIT.
- Constancia de CBU.

## FACTURACIÓN

- No se aceptarán facturas que superen los 60 días de efectuado el tratamiento.
- La facturación se presentará a mes vencido sin excepción.
- La fecha de presentación es hasta el 5º día hábil sin excepción.
- Deberá realizarse en una sola presentación las facturas de todas las prestaciones que tiene aprobadas, no pudiéndose tomar solicitudes de reintegros parciales.
- Las facturas se emiten a nombre del beneficiario o a nombre del asociado titular de OSCOMM. En ningún caso debe confeccionarse a nombre de OSCOMM.
- Las facturas deben contener los siguientes datos:
  - Fecha de emisión de la factura.
  - Apellido, nombre del asociado, CUIL.
  - Prestación, cantidad de sesiones/tipo de jornada y categoría, en caso de corresponder. Indicar si es "Con Dependencia" o "Sin Dependencia" en caso de corresponder.
  - Período facturado (mes y año en que se brindó la prestación).

Para transporte, además de los datos descriptos anteriormente, deberá especificarse:

- Cantidad de viajes
- Punto de partida. Punto de destino. Si es con retorno. Frecuencia semanal.
- Cantidad de kilómetros recorridos por tramos y kilómetros totales mensuales. -  
Importe por kilómetro y total.
- Se deberá adjuntar la planilla de tratamiento o asistencia sin excepción. La planilla de asistencia mensual tiene carácter de DDJJ y deberá estar firmada por el beneficiario, o familiar responsable/tutor.
- 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.

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

Fecha:

\_\_\_\_\_

Nombre y apellido:

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

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de documento: \_\_\_\_\_ N° beneficiario: \_\_\_\_\_

Diagnóstico (según certificado único de discapacidad) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

**Prestación de apoyo (terapia única)**

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido:

Asociado N°: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Período desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ 2026/27  
Instituciones (Escolaridad especial, Centro de día, Centro educativo terapéutico, etc.)

Fecha:

Firma y sello del médico tratante

**PRESCRIPCION MEDICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Asociado N°: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de jornada: \_\_\_\_\_

Dependencia S/N: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Período desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ 2026/27

Firma y sello del médico tratante

## Centro de orientación y/o coordinación de servicios

Todas las consultas vinculadas con el área de discapacidad podrán realizarse por mail a la referente de atención del beneficiario con discapacidad, personalmente en la Sede de O.S.C.O.M.M. ó telefónicamente. Todas las solicitudes de evaluación, apoyo o servicios y medicamentos serán remitidos al equipo interdisciplinario de la obra social para su evaluación y dictamen.

|                                                                                          |                              |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>REFERENTE<br/>ATENCIÓN<br/>AL<br/>BENEFICIARIO</b><br><br><b>Con<br/>discapacidad</b> | <b>Nombre y<br/>Apellido</b> | <b>Erica Crespo</b><br><br><b>María A. Silva</b>   |
|                                                                                          | <b>Cargo</b>                 | <b>Jefas Administrativas</b>                       |
|                                                                                          | <b>Teléfono</b>              | <b>4300-9700/01 0800-6667266</b>                   |
|                                                                                          | <b>e-mail</b>                | <a href="mailto:mail@oscomm.ar">mail@oscomm.ar</a> |

### OTRAS VIAS DE COMUNICACIÓN

| <b>CANALES COMUNICACIONALES DISPONIBLES PARA EL BENEFICIARIO</b> |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sede central</b><br><br><b>Atención<br/>presencial (SI)</b>   | Av. Independencia 611, C1099 CABA<br><br>Lunes a Viernes de 9.00 a 17.00 horas                    |
| <b>Teléfono/s</b>                                                | <a href="tel:01143009700">011 4300-9700/01</a><br><br><a href="tel:08006667266">0800-666-7266</a> |

# Auditoria Medica

| Nombre y Apellido/Mail/Teléfono | Profesión       |
|---------------------------------|-----------------|
| Eduardo Perez                   | Médico          |
| Director Médico                 | CARGO EN OSCOMM |

## Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario:

**El contacto con el equipo interdisciplinario será diagramado por** la referente de atención al beneficiario con discapacidad que solicitará toda la información necesaria para la evaluación, historia clínica del medico de cabecera y especialistas, requerimientos, escala funcional, etc. Esta información será remitida por mail, en caso de ser necesario se solicitará información complementaria o se realizaran reuniones con el equipo interdisciplinario en pleno o con alguno de sus integrantes por diferentes vías de comunicación. Finalmente se definirá un dictamen y una recomendación en referencia a las necesidades planteadas, en términos generales las evaluaciones se reevalúan anualmente.

## Procedimiento de autorizaciones

|                                                                                     |                          |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>REFERENTE<br/>ATENCIÓN<br/>AL<br/>BENEFICIARIO<br/><br/>Con<br/>discapacidad</b> | <b>Nombre y Apellido</b> | Erica Crespo<br>María A. Silva                     |
|                                                                                     | <b>Cargo</b>             | Jefas Administrativas                              |
|                                                                                     | <b>Teléfono</b>          | 4300-9700/01 0800-6667266                          |
|                                                                                     | <b>e-mail</b>            | <a href="mailto:mail@oscomm.ar">mail@oscomm.ar</a> |

Las autorizaciones una vez aprobadas serán remitidas por mail.

## ACTUALIZACIÓN DE LA CARTILLA

La cartilla se actualizará en forma anual, luego de revisar la cobertura y accesibilidad prestacional. Se puede consultar en la página web de la obra social: <https://oscomm.ar/>  
[mail@oscomm.ar](mailto:mail@oscomm.ar)

## **LISTADO DE PRESTADORES:**

**La obra social no cuenta con un listado de prestadores exclusivo, por lo tanto, se acepta cualquier prestador que haya sido recomendado por su médico, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos que se adjuntan.**

Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2026/27.

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo escaneada, por medios digitales, ó se presentará personalmente en la Sede de O.S.C.O.M.M.

- Certificado de Discapacidad vigente.
- Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante.
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II.
- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo 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, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto prestacional

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 e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)

- 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 (Resolución N° 1328/06- Ministerio de Salud).
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Constancia de CUIT.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Documentación específica por prestación:

Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo: • Constancia de alumno regular. • Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Tanto la constancia como el acta deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo. Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.

Transporte:

Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. • • Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. • Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir. Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. • Los modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social confeccione para la solicitud de prestaciones del año 2026/27.

La factura se envía por mail del 1 al 10 de cada mes con todos los datos detallados y completos.

Se deberá informar a la Obra Social cualquier cambio que surja inherente a las prestaciones brindadas.

La documentación deberá ser enviada, previo al comienzo de las prestaciones y quedará sujeta a análisis y autorización de Auditoría.

## LISTADO DE PRESTADORES

La obra social no cuenta con un listado de prestadores exclusivo, por lo tanto, se acepta cualquier prestador que haya sido recomendado por su médico, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos especificados. En la actualidad los prestadores que brindan las prestaciones de discapacidad a los Beneficiarios OSCOMM, son los siguientes:

FORMACION LABORAL RAZON SOCIAL: NUEVO DIA S.R.L. CUIT: 30-68603247-3

DOMICILIO: BELGRANO 248, RAMOS MEJIA, 1704, PCIA. BS.AS. TEL: 4654-2678 Mail:  
[info@colegionuevodia.com.ar](mailto:info@colegionuevodia.com.ar)

PRESTACIONES DE APOYO - PSICOTERAPIA RAZON SOCIAL: ROMAY ANGELES CUIT:  
27-10363695-2 DOMICILIO: A.VIGNES 1386 2° B, HAEDO

REHABILITACION AMBULATORIA - KINESIOLOGIA RAZON SOCIAL: DOMINE FERNANDO  
MARTIN CUIT: 20-28860011-3 DOMICILIO: AV. ESPORA 48, ADROGUE Mail:  
[fernandomartindomine@gmail.com](mailto:fernandomartindomine@gmail.com)

PRESTACIONES EDUCATIVAS - ESCOLARIDAD PRIMARIA J. DOBLE  
RAZON SOCIAL: PUENTES DE INTEGRACION S.R.L.  
CUIT: 30-71085653-9  
DOMICILIO: CARLOS CROCE 5146, REMEDIOS DE ESCALADA  
TEL.: 4288-3887  
Mail: [facturacion@escuelapuerto.com.ar](mailto:facturacion@escuelapuerto.com.ar)

### TRANSPORTE

RAZON SOCIAL: RIVAROLA LUIS OSVALDO  
CUIT: 20-20962275-1  
DOMICILIO: AMALIA SANCHEZ ARIÑO 3806, GUERNICA  
Mail: [transporteespecialelias@hotmail.com](mailto:transporteespecialelias@hotmail.com)

RAZON SOCIAL: RENEVAME

CUIT: 23-25080288-9

DOMICILIO: CAUCETE S/N° MZ.348 LOTE 11, BIALET MASSE, PCIA. DE CORDOBA

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

INSTITUCION SULLAI

CUIT 30-67762637-9

DOMICILIO: GASPAR DE MEDINA 333 CORDOBA

MI LUGAR

CUIT 30-71240115-6

DOMICILIO: AV. RAFAEL NUÑEZ 5471 CORDOBA

CENTRO DE REHABILITACION E INTEGRACION ESCOLAR

AMUN

CUIT: 27-27444331-1

DOMICILIO: DAVID LUQUE 1417 CORDOBA

CENTRO DE DIA ANALISAN S.R.L.

CUIT: 30-71663958-0

DOMICILIO: VIAMONTE 479 RAMOS MEJIA, PCIA. BS.AS.

TE: 113684-2564