



# Instructivo DISCAPACIDAD 2023

## MECANISMO DE INTEGRACIÓN

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a través del mecanismo de INTEGRACIÓN financiará las prestaciones básicas por discapacidad a través de subsidios directos, siempre que las solicitudes de los mismos den cumplimiento a la normativa vigente en la materia y a los procedimientos y requisitos incluidos en la misma.

DECRETO 904/2016	MSalud
RESOLUCIÓN 406/2016	SSSalud
RESOLUCIÓN 887/2017	SSSalud
RESOLUCIÓN 1731/2021	SSSalud
<b>RESOLUCIÓN 360/2022</b>	<b>SSSalud</b>

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



## NORMAS GENERALES

### I. ENVÍO DE EXPEDIENTES

Los expedientes deberán ser enviados vía mail a [coberturas.discapacidad@ospadep.com](mailto:coberturas.discapacidad@ospadep.com) , solicitamos envíen un mail por beneficiario y que el asunto del mismo sea: Apellido y Nombre del afiliado, DNI, e indicación de la prestación/es por la cual envía el correo y año.

La documentación deberá ser firmada en forma ológrafa y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por mail tal cual se menciona en el párrafo anterior.

#### **NO SON NECESARIOS LOS DOCUMENTOS FÍSICOS NI ORIGINALES**

Solo se aceptarán archivos en formato PDF o imagen sin posibilidad de editar/modificar. Cabe aclarar que NO se permite el envío de Orive, One Orive o Cloud por seguridad informática.

*Le sugerimos en caso de que sea más de una prestación, enviar un mail por cada prestación aclarando que prestación envía.*

Ejemplo:

ASUNTO: Juárez Pablo – DNI 50895642 - PSICOLOGIA/KINESIOLOGIA 2023

**Nota:** Tener en cuenta que desde la fecha de ingreso del legajo a OSPADEP hasta su auditoría y autorización, el período transcurrido es de máximo, 30 días. No se liquidarán facturas hasta tanto el expediente se encuentre en estado Autorizado.

**Una vez finalizada la gestión de evaluación de lo solicitado , se informará vía mail la documentación faltante y/o la propia autorización por sistema automático.**

0800-345-6732

[coberturas.discapacidad@ospadep.com](mailto:coberturas.discapacidad@ospadep.com)

Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina

[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)

## SOLICITUD DE PRESTACIONES 2023

### II. DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2023

Resolución 360/22

- **Certificado de Discapacidad** vigente.
- **Resumen de historia clínica:** firmado por médico tratante. - **SE ADJUNTA MODELO –**
- **Prescripción de las prestaciones** comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante con fecha de emisión anterior al periodo solicitado (*para las prestaciones de rehabilitación, el periodo anual NO es necesario que se ajuste al año calendario*) y DNI del paciente. – **SE ADJUNTA MODELO –**
- **Conformidad por las prestaciones** firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. - **SE ADJUNTAN MODELOS –**
- **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. – **SE ADJUNTA MODELO –**
- **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. – **SE ADJUNTA MODELO –**
- **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. – **SE ADJUNTA MODELO (incluido en los modelos de INFORME –**

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina





**OSPADEP**

- **Constancia de alumno regular** (en caso de que asista a algún establecimiento educativo)
- **Cronograma prestacional - Incluido en los modelos de PRESUPUESTO -**
- **Presupuesto prestacional. – SE ADJUNTAN MODELOS POR TIPO DE PRESTACIÓN –**
- Títulos Habilitantes según corresponda, RNP, Categorización, otros.
- Constancia de CUIT y Datos Bancarios
- **Informe de seguimiento semestral** de la prestación brindada.

#### **DEPENDENCIA**

En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de **Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico**, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (**FIM**), **confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional** y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual. - **SE ADJUNTA MODELO** -

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 y/o Lic. en Terapia Ocupacional** e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran. – **SE ADJUNTA MODELO**-

#### **TÍTULOS HABILITANTES Y REGISTROS**

- 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)

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

- 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-MSalud).
- 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.

### III. **DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA POR PRESTACIÓN**

#### a) **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.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionado por profesional/ equipo tratante.

*Tanto la constancia como el acta podrán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo*

#### b) **Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar:**

- Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

#### c) **Transporte:**

- Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- Presupuesto de transporte – **VER MODELO** - 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.

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



## NORMAS DE AUTORIZACIÓN

- Cada solicitud se analizará y se autorizará desde el sector de discapacidad, una vez que se haya presentado toda la documentación en forma completa. y a posterior de la evaluación del equipo interdisciplinario de discapacidad de la obra social.
- Si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos médicos o establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.
- En ningún caso la recepción de la documentación implica la renovación de la autorización por la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del área de Discapacidad y tiene un tiempo de gestión mínimo de 30 días desde recibida la documentación vía email. Una vez finalizada la gestión, se le informará vía mail sí la prestación fue autorizada o no.
- Para una gestión más ágil y correcta de la autorización, es necesario que se envíe la totalidad de la documentación requerida.
- Las prestaciones se autorizan por periodo de fecha posterior a la presentación de la documentación. Les recordamos que, para las prestaciones que no sean educativas (colegios, maestra de apoyo, apoyo a la integración escolar) NO es necesario que se

0800-345-6732



[coberturas.discapacidad@ospadep.com](mailto:coberturas.discapacidad@ospadep.com)



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

respete el AÑO CALENDARIO, es decir, puede existir el periodo Marzo 2023/Marzo 2024.

- No se autorizará períodos retroactivos ni se gestionan reintegros por prestaciones ya brindadas, sin previa autorización de la Obra Social
- No se autorizan presupuestos por capacitaciones, supervisiones y/o coordinación de profesionales y/o equipos.
- No se autorizan tratamientos en instituciones y/o Profesionales que posean vencida la categorización y/o NO estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o en el Servicio Nacional de Rehabilitación (ANDIS) Superintendencia de Servicios de Salud (sssalud.gob.ar)
- No se autorizan prestaciones con CUD vencidos y/o sin gestión de renovación. Solo se validarán las prórrogas según Resoluciones emitidas por la ANDIS
- Para la aprobación del **cambio de prestador** deberá presentar la documentación nueva del prestador según se indica en el presente instructivo para la prestación requerida + Nota que explique los motivos.
- Cada nuevo prestador deberá presentar una nota con su CBU correspondiente a cuenta bancaria personal, abierta con su propio CUIT **-se adjunta modelo -**. Cabe destacar que no se aceptarán cuentas de terceros.
- Los prestadores y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar y enviar un **informe semestral de Evolución** del paciente.

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

## FACTURACIÓN

### IV. CONFECCIÓN DE LAS FACTURAS:

Deberán ser tipo B o C y emitirse a:

**Obra Social del Personal de Aeronavegación de Entes Privados (O.S.P.A.D.E.P.)**

**CUIT:**30-51892289-7

**Condición de IVA:** Exento.

**Domicilio:** Venezuela 900

**Código Postal:** (C1095AAR) CABA

### Profesionales / Instituciones: (según corresponda)

- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (Nombre y Apellido completo y DNI).
- Período de prestación.
- Debe especificar el tipo de prestación brindada, no el tipo de abordaje. (Ej.: Psicología y no tratamiento cognitivo conductual).
- Cantidad de sesiones / tipo de jornada / módulo / categoría A, B o C.
- Importe unitario de la sesión / del módulo / jornada y categoría.
- Firma y sello del profesional o Centro (solo en caso de facturas impresas)

### Transporte

- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (Nombre y Apellido y DNI).
- Período de prestación.

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

- Cantidad de viajes, origen y destino.
- Cantidad de kilómetros por viaje.
- Cantidad de kilómetros mensuales por viaje.
- Cantidad de kilómetros totales del período.
- Valor del kilómetro.

ej.: 44 viajes al colegio de 12km c/u a \$105.47/ km- 528 km al mes. (Valor Actualizado al 11/2022.)

12 Viajes a psicología de 3km c/u a \$105.47 /km- 36 km al mes. (Valor Actualizado al 11/2022).

- Firma y sello del Transportista (solo en caso de facturas impresas)
- En caso de dependencia, debe estar desglosada en el cuerpo de la factura.

Cada factura deberá estar acompañada por la planilla de asistencia mensual - **se adjunta modelo** - en carácter de DDJJ por cada prestación. La misma deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. **Ambos documentos deberán ser enviados a OSPADEP SOLO de FORMA DIGITAL**

## **V. RECIBOS CANCELATORIOS**

Recibo emitido por el prestador en los casos que correspondiere por el tipo de factura emitida según normas AFIP , **indicando en el asunto nº de CUIT con nº de factura cancelada**, y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP.

Se deberán enviar **vía mail** a : [pagos.discapacidad@ospadep.com](mailto:pagos.discapacidad@ospadep.com)

Deberán contener la siguiente información:

0800-345-6732

[coberturas.discapacidad@ospadep.com](mailto:coberturas.discapacidad@ospadep.com)

Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina

[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

- Fecha.
- Número completo de factura que cancela.
- En el caso de **recibo global**, el mismo deberá contener el detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
- Total del recibo. Verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

## INSTRUCTIVO DE FACTURACIÓN PARA PRESTADORES

Las facturas deberán subirse a la plataforma web, según instructivo publicado en nuestra web.

**NO SE RECIBIRÁN FACTURAS POR OTROS CANALES**

Les reenviamos el link , de donde podrán descargar el instructivo corresponde:

[INSTRUCTIVO-CARGAS-FACTURAS-POR-CÓDIGO-QR- \(ospadep.com\)](https://www.ospadep.com/instructivo-cargas-facturas-por-codigo-qr)

***Les recordamos que la factura debe estar acompañada siempre por la Planilla de Asistencia***

Para ingresar por primera vez , usuario y contraseña serán su número de CUIT.

[OSPADEP - Discapacidad](#)

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

Con el mismo acceso, podrán consultar a través de la plataforma el estado de facturas y cualquier novedad que se produzca sobre las mismas, optimizando así el seguimiento y transparencia de la información ingresada.

Si por algún motivo no puede loguearse, no se encuentra de Alta en la Obra Social o se registró con otro correo electrónico, podrá enviar un correo a [sistemas@ospadep.com](mailto:sistemas@ospadep.com)

***Las facturas que se carguen después del día 10 de cada mes, serán procesadas en la presentación siguiente de Integración -SIN EXCEPCIÓN-.***

**NO se aceptarán facturas posteriores a 60 días del mes prestacional brindado**

Recomendamos tener en cuenta el cronograma de vencimientos de facturas integración publicado por la SSS a fin de evitar futuros inconvenientes.

<https://www.sssalud.gob.ar/descargas/rnos/publico/ftp/cronograma ftp.pdf>

Para consultas y/o reclamos de pagos pueden enviar mail a [pagos.discapacidad@ospadep.com](mailto:pagos.discapacidad@ospadep.com) indicando en el asunto nº de CUIT y Facturas por las que reclama.

0800-345-6732



[coberturas.discapacidad@ospadep.com](mailto:coberturas.discapacidad@ospadep.com)



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

# ANEXOS

0800-345-6732



[coberturas.discapcidad@ospadep.com](mailto:coberturas.discapcidad@ospadep.com)



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

**MODELO NOTA DE CBU**

..... de..... de 2023

Sres.  
OSPADEP  
Venezuela 900  
(C1095AAR) CABA

Mediante la presente cumpla en informarles la cuenta bancaria donde podrán depositar mis pagos:

Cuenta: Caja de Ahorro \$ / Cuenta Corriente \$ (tachar lo que NO corresponda)

Banco y Nro. de cuenta: \_\_\_\_\_

CBU: (22 dígitos) \_\_\_\_\_

Denominación (titular o empresa): \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Beneficiarios a los que se les brinda prestación:**

- Ø \_\_\_\_\_
- Ø \_\_\_\_\_
- Ø \_\_\_\_\_
- Ø \_\_\_\_\_

Sin otro particular, saluda a Uds. muy atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**La presente se aplica a todos los prestadores que brinden prestaciones por DISCAPACIDAD.  
Se deberán consignar los datos de cuenta propia o de titularidad compartida (incluir a los dos titulares)**

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



**www.ospadep.com**



**OSPADEP**

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD	
FECHA ____/____/____	
DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE Y APELLIDO	DNI
DIAGNÓSTICO	
PRESTACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"><li>- En el caso de centros aclarar el tipo de jornada (simple / doble).</li><li>- En el caso de transporte aclarar origen y destino según prestación.</li><li>- En el caso de prestaciones de rehabilitación aclarar la cantidad de sesiones semanales.</li></ul>	
SOLICITO:	
PERIODO	
DESDE	HASTA
_____ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE	

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA			
LUGAR:		FECHA:	
DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE Y APELLIDO:		DNI:	
DOMICILIO:			
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD	SEXO
TELEFONO DE CONTACTO:		EMAIL:	
1. DIAGNÓSTICO (SEGÚN CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)			
2. ANAMNESIS (ANTECEDENTES MEDICOS CLINICOS QUE JUSTIFICAN LA PRESTACION)			
3. PLAN TERAPÉUTICO INDICADO y JUSTIFICACIÓN DEL MISMO (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas)			
4. DEPENDENCIA	SI	NO	(tachar lo que no corresponda)
_____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO			

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)











**OSPADEP**

**ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN – PROFESIONALES INSTITUCIONES**

Fecha: ...../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: .....

Teléfono: ..... E-mail: .....

Número de Afiliado / DNI: .....

Yo.....con Documento Tipo (.....) Nº ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles .

1. Prestación: .....

Prestador:.....

Período de la prestación: desde ..... hasta .....

2. Prestación: .....

Prestador:.....

Período de la prestación: desde ..... hasta .....

3. Prestación: .....

Prestador:.....

Período de la prestación: desde ..... hasta .....

4. Prestación: .....

Prestador:.....

Período de la prestación: desde ..... hasta .....

Firma: .....

Aclaración: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:**

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada precedentemente.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

**ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN – TRANSPORTE**

Fecha: ...../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Número de Afiliado / DNI: \_\_\_\_\_

Yo.....con  
Documento Tipo (.....) N° ....., doy mi conformidad a diagrama de traslado  
por el periodo desde..... hasta.....

Firma: .....

Aclaración: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre  
de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) – INSTITUCIONES -															
DATOS DEL PACIENTE															
NOMBRE Y APELLIDO															
DNI		FECHA/NAC	EDAD												
DIAGNÓSTICO															
ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE	TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL												
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD</th> <th>PUNTAJE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INDEPENDIENTE TOTAL</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	ACTIVIDAD	PUNTAJE	INDEPENDIENTE TOTAL	7	INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6						
ACTIVIDAD	PUNTAJE														
INDEPENDIENTE TOTAL	7														
INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6														
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD</th> <th>PUNTAJE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS.</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	ACTIVIDAD	PUNTAJE	SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE	5	SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS.	4	REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS	3	REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS	2	REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%	1
ACTIVIDAD	PUNTAJE														
SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE	5														
SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS.	4														
REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS	3														
REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS	2														
REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%	1														
<b>AUTOCUIDADO</b>			<p>Resolución 360/22: "En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.</p>												
1	ALIMENTACIÓN														
2	ASEO PERSONAL														
3	BAÑO														
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR														
5	VESTIDO PARTE INFERIOR														
6	USO DEL BAÑO														
<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>															
7	CONSTROL DE INTESTINOS														
8	CONSTROL DE VEJIGA														
<b>TRANSFERENCIAS</b>															
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS														
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO														
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O LA BAÑERA														
<b>LOCOMOCION</b>															
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS														
13	ESCALERAS														
<b>COMUNICACION</b>															
14	COMPRESION														
15	EXPRESION														
<b>CONEXION</b>															
16	INTERACCION SOCIAL														
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS														
18	MEMORIA														
<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>															
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTEVINIENTE		Nº DE MATRICULA	ESPECIALIDAD												
FECHA:															

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)





**OSPADEP**

<b>FIM // INSTITUCIONES</b> (Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)		
NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA/NAC	EDAD
DIAGNÓSTICO		
<b>DETALLE DE LOS APOYOS ESPECIFICOS QUE SE BRINDARAN CONFORME AL PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL</b>		
<hr/> <b>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL</b>		

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) – TRANSPORTE -				
DATOS DEL PACIENTE				
NOMBRE Y APELLIDO				
DNI		FECHA/NAC	EDAD	
DIAGNÓSTICO				
ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE	TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	
			ACTIVIDAD	PUNTAJE
	<b>AUTOCUIDADO</b>		INDEPENDIENTE TOTAL	7
1	ALIMENTACIÓN		INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6
2	ASEO PERSONAL			
3	BAÑO			
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR		SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE	5
5	VESTIDO PARTE INFERIOR			
6	USO DEL BAÑO		SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS.	4
<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>				
7	CONSTROL DE INTESTINOS		REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS	3
8	CONSTROL DE VEJIGA			
<b>TRANSFERENCIAS</b>				
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS		REQUIERE ASISTENCIA MAXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS	2
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO			
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O LA BAÑERA		REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%	1
<b>LOCOMOCIÓN</b>				
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS			
13	ESCALERAS			
<b>COMUNICACION</b>				
14	COMPRESIÓN			
15	EXPRESIÓN			
<b>CONEXION</b>				
16	INTERACCIÓN SOCIAL			
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS			
18	MEMORIA			
PUNTAJE FIM TOTAL				
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INEVIINIENTE		Nº DE MATRICULA	ESPECIALIDAD	
FECHA:				

**Resolución 1731/21:**  
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 y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran"

0800-345-6732

coberturas.discapcidad@ospadep.com

Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina

www.ospadep.com







**OSPADEP**

FIM // TRASLADOS		
NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA/NAC	EDAD
DIAGNÓSTICO		
DETALLE DE LOS APOYOS ESPECIFICOS QUE SE BRINDARÁN EN EL CRONOGRAMA DE TRASLADOS		
<hr/> <p>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL</p>		

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES						
LUGAR:				FECHA:		
DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDO			DNI		Nº AFILIADO	
DATOS DE LA PRESTACIÓN						
PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD				PERIODO		
				DESDE		HASTA
CANTIDAD DE SESIONES	SEMANALES	MENSUALES	MONTO POR SESIÓN \$ _____	MONTO MENSUAL \$ _____		
DATOS DEL PRESTADOR						
NOMBRE Y APELLIDO:						
DOMICILIO <u>REAL</u> DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN:					LOCALIDAD:	
PROVINCIA:			TELÉFONO:			
MAIL:			CELULAR:			
CUIT:		CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO)				
Nº DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO)				BANCO		
CONDICIÓN FRENTE A IVA				INGRESOS BRUTOS		
<input type="radio"/> INSCRIPTO				<input type="radio"/> INSCRIPTO		
<input type="radio"/> MONOTRIBUTO				<input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL		
<input type="radio"/> EXENTO				<input type="radio"/> EXENTO		
TOMO CONOCIMIENTO DE QUE LA FALTA DE ALGUNO DE LOS DATOS AQUI REQUERIDOS IMPOSIBILITAN MI ALTA COMO PRESTADOR Y LA EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN						
CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD						
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESDE						
HASTA						
_____ FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL				_____ ACLARACIÓN		

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES / EDUCATIVAS						
LUGAR:				FECHA:		
DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDO			DNI		N° AFILIADO	
DATOS DE LA PRESTACIÓN						
PERIODO						
DESDE			HASTA			
MODALIDAD PRESTACIONAL A BRINDAR				MONTO MENSUAL		
				S _____		
TIPO DE JORNADA	CATEGORÍA		INCLUYE ALMUERZO		INCLUYE DEPENDENCIA	
<input type="radio"/> SIMPLE	<input type="radio"/> A		<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> SI	
<input type="radio"/> DOBLE	<input type="radio"/> B		<input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> NO	
<input type="radio"/> REDUCIDA	<input type="radio"/> C					
<input type="radio"/> PERMANENTE						
DATOS DEL PRESTADOR						
NOMBRE Y APELLIDO/RAZON SOCIAL						
DOMICILIO <u>REAL</u> DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN:				LOCALIDAD:		
PROVINCIA:			TELÉFONO:			
MAIL:			CELULAR:			
CUIT:		CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO)				
N° DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO)				BANCO		
CONDICIÓN FRENTE A IVA				INGRESOS BRUTOS		
<input type="radio"/> INSCRIPTO				<input type="radio"/> INSCRIPTO		
<input type="radio"/> MONOTRIBUTO				<input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL		
<input type="radio"/> EXENTO				<input type="radio"/> EXENTO		
TOMO CONOCIMIENTO DE QUE LA FALTA DE ALGUNO DE LOS DATOS AQUÍ REQUERIDOS IMPOSIBILITAN MI ALTA COMO PRESTADOR Y LA EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN						
CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DESDE						
HASTA						
_____				_____		
FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN/PRESTADOR				ACLARACIÓN		

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR REHABILITACIÓN - INSTITUCIONES						
LUGAR:				FECHA:		
DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE Y APELLIDO			DNI		Nº AFILIADO	
DATOS DE LA PRESTACIÓN						
PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD			PERIODO			
			DESDE		HASTA	
CANTIDAD DE SESIONES	SEMANALES	MENSUALES	MONTO POR SESIÓN		MONTO MENSUAL	
			\$		\$	
DATOS DEL PRESTADOR						
NOMBRE Y APELLIDO/RAZON SOCIAL						
DOMICILIO <u>REAL</u> DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN:				LOCALIDAD:		
PROVINCIA:			TELÉFONO:			
MAIL:			CELULAR:			
CUIT:		CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO)				
Nº DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO)				BANCO		
CONDICIÓN FRENTE A IVA				INGRESOS BRUTOS		
<input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> MONOTRIBUTO <input type="radio"/> EXENTO				<input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL <input type="radio"/> EXENTO		
TOMO CONOCIMIENTO DE QUE LA FALTA DE ALGUNO DE LOS DATOS AQUÍ REQUERIDOS IMPOSIBILITAN MI ALTA COMO PRESTADOR Y LA EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN						
CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD						
	LUNES (desde - hasta)	MARTES (desde - hasta)	MIÉRCOLES (desde - hasta)	JUEVES (desde - hasta)	VIERNES (desde - hasta)	SABADO (desde - hasta)
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL				ACLARACIÓN		

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO		
LUGAR:		FECHA:
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE Y APELLIDO	DNI	Nº AFILIADO
DATOS DE LA PRESTACIÓN		
MODALIDAD PRESTACIONAL	<input type="radio"/> MODULO INTEGRAL SIMPLE	<input type="radio"/> MODULO INTEGRAL INTENSIVO
PRESTACIÓN A BRINDAR		CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
MONTO MENSUAL	PERIODO	
\$ _____	DESDE	HASTA
DATOS DEL PRESTADOR		
NOMBRE Y APELLIDO/RAZON SOCIAL		
DOMICILIO <u>REAL</u> DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN:		LOCALIDAD:
PROVINCIA:	TELÉFONO:	
MAIL:	CELULAR:	
CUIT:	CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO)	
Nº DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO)		BANCO
CONDICIÓN FRENTE A IVA		INGRESOS BRUTOS
<input type="radio"/> INSCRIPTO		<input type="radio"/> INSCRIPTO
<input type="radio"/> MONOTRIBUTO		<input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL
<input type="radio"/> EXENTO		<input type="radio"/> EXENTO
<p><b>TOMO CONOCIMIENTO DE QUE LA FALTA DE ALGUNO DE LOS DATOS AQUÍ REQUERIDOS IMPOSIBILITAN MI ALTA COMO PRESTADOR Y LA EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN</b></p>		

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO						
CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
07.00						
08.00						
09.00						
10.00						
11.00						
12.00						
13.00						
14.00						
15.00						
16.00						
17.00						
18.00						
19.00						
20.00						
21.00						
22.00						
_____ FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN/PRESTADOR				_____ ACLARACIÓN		

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO					
LUGAR:			FECHA:		
DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE Y APELLIDO		DNI		Nº AFILIADO	
DATOS DE LA PRESTACIÓN					
PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD <b>MAESTRA DE APOYO</b>			PERIODO		
			DESDE		HASTA
CANTIDAD DE HORAS MENSUALES			MONTO MENSUAL: \$		
DATOS DEL PRESTADOR					
NOMBRE Y APELLIDO:					
DOMICILIO:			LOCALIDAD:		
PROVINCIA:			TELÉFONO:		
MAIL:			CELULAR:		
CUIT:		CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO)			
Nº DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO)			BANCO		
CONDICIÓN FRENTE A IVA			INGRESOS BRUTOS		
<input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> MONOTRIBUTO <input type="radio"/> EXENTO			<input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL <input type="radio"/> EXENTO		
TOMO CONOCIMIENTO DE QUE LA FALTA DE ALGUNO DE LOS DATOS AQUÍ REQUERIDOS IMPOSIBILITAN MI ALTA COMO PRESTADOR Y LA EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN					
CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD					
LA PRESTACIÓN SE BRINDARÁ EN LA ESCUELA O EL DOMICILIO.					
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN:					
ESCUELA _____					
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					
_____ FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL					

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

PRESUPUESTO DE EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR					
LUGAR:			FECHA:		
DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE Y APELLIDO		DNI		Nº AFILIADO	
DATOS DE LA PRESTACIÓN					
PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD		PERIODO			
EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR		DESDE		HASTA	
CANTIDAD DE HORAS MENSUALES			MONTO MENSUAL: \$		
DATOS DEL PRESTADOR					
NOMBRE Y APELLIDO:					
DOMICILIO:			LOCALIDAD:		
PROVINCIA:			TELÉFONO:		
MAIL:			CELULAR:		
CUIT:		CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO)			
Nº DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO)			BANCO		
CONDICIÓN FRENTE A IVA			INGRESOS BRUTOS		
<input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> MONOTRIBUTO <input type="radio"/> EXENTO			<input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL <input type="radio"/> EXENTO		
<b>TOMO CONOCIMIENTO DE QUE LA FALTA DE ALGUNO DE LOS DATOS AQUÍ REQUERIDOS IMPOSIBILITAN MI ALTA COMO PRESTADOR Y LA EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN</b>					
ACTIVIDAD AULICA					
NOMBRE DEL PROFESIONAL:					
INSTITUCIÓN EN LA QUE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN:					
DIRECCIÓN			LOCALIDAD		
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA (CONFORMACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL INTERVINIENTE)					
1	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:			
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN					
_____					
_____					
_____					
2	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:			
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN					
_____					
_____					
_____					
3	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:			
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN					
_____					
_____					
_____					
DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN					
	LUNES (desde - hasta)	MARTES (desde - hasta)	MIÉRCOLES (desde - hasta)	JUEVES (desde - hasta)	VIERNES (desde - hasta)
_____					
_____					
_____					
FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE DEL EQUIPO			ACLARACIÓN		

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



**OSPADEP**

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE POR DESTINO		
LUGAR:		FECHA:
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE Y APELLIDO	DNI	Nº AFILIADO
TELEFONO	E-MAIL	
DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE		
NOMBRE Y APELLIDO/RAZON SOCIAL		
DOMICILIO:		LOCALIDAD:
PROVINCIA:	TELÉFONO:	
MAIL:	CELULAR:	
HABILITACIÓN EMITIDA POR	COMPañIA DE SEGURO	POLIZA Nº
CUIT:	CBU (ADJUNTAR COMPROBANTE BANCARIO)	
Nº DE CUENTA (CORRIENTE O CAJA DE AHORRO)		BANCO
CONDICIÓN FRENTE A IVA <input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> MONOTRIBUTO <input type="radio"/> EXENTO		INGRESOS BRUTOS <input type="radio"/> INSCRIPTO <input type="radio"/> CONVENIO MULTILATERAL <input type="radio"/> EXENTO
¿PRESTACIÓN CON DEPENDENCIA 35%? (SUJETO A EVALUACIÓN) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	MONTO MENSUAL: (SUMATORIA DE LOS MONTOS DE LOS DISTINTOS TRASLADOS) \$ _____	
TOTAL KM MENSUALES: _____	VALOR DEL KM: \$ _____	
<b>TOMO CONOCIMIENTO DE QUE LA FALTA DE ALGUNO DE LOS DATOS AQUÍ REQUERIDOS IMPOSIBILITAN MI ALTA COMO PRESTADOR Y LA EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN</b>		
_____ FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA TRANSPORTISTA/PRESTADOR		_____ ACLARACIÓN

0800-345-6732

coberturas.discapcidad@ospadep.com

Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina

[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)





**OSPADEP**

RECORRIDO: COMPLETAR LA SIGUIENTE HOJA DEL FORMULARIO CON LOS DATOS DE CADA RECORRIDO. PARA CADA RECORRIDO DEBERÁ INDICAR EL KILOMETRAJE MÍNIMO SEGÚN GOOGLE MAPS ([www.maps.google.com.ar](http://www.maps.google.com.ar)) ACOMPAÑADO DE SU RESPECTIVO MAPA. (UN MAPA POR HOJA)

**PRESUPUESTO DE TRANSPORTE POR DESTINO**

<b>VIAJE 1</b> LUGAR HACIA EL QUE SE TRASLADA: _____						
CALLE (DESDE)				NUMERO	LOCALIDAD	
CALLE (HASTA)				NUMERO	LOCALIDAD	
DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						
PERIODO			KILOMETROS			
DESDE	HASTA	DIARIOS	SEMANALES	MENSUALES	PRECIO POR KM	\$ _____
<b>VIAJE 2</b> LUGAR HACIA EL QUE SE TRASLADA: _____						
CALLE (DESDE)				NUMERO	LOCALIDAD	
CALLE (HASTA)				NUMERO	LOCALIDAD	
DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						
PERIODO			KILOMETROS			
DESDE	HASTA	DIARIOS	SEMANALES	MENSUALES	PRECIO POR KM	\$ _____
<b>VIAJE 3</b> LUGAR HACIA EL QUE SE TRASLADA: _____						
CALLE (DESDE)				NUMERO	LOCALIDAD	
CALLE (HASTA)				NUMERO	LOCALIDAD	
DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						
PERIODO			KILOMETROS			
DESDE	HASTA	DIARIOS	SEMANALES	MENSUALES	PRECIO POR KM	\$ _____

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



[www.ospadep.com](http://www.ospadep.com)



