



**OSPADEP**

# Instructivo DISCAPACIDAD 2024

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



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



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



**OSPADEP**

## **NORMAS GENERALES**

### **I. ENVÍO DE EXPEDIENTES**

La documentación para evaluar prestaciones de discapacidad a realizarse durante el año 2024 será recibida SÓLO en formato digital, la cual deberá ser ingresada a través de la página **web de OSPADEP** <https://www.ospadep.com/cargadedocumentacionafiliado.php> .Dentro de la misma se encontrarán todas las prestaciones del **Mecanismo de Integración**.

Se aclara que **las prestaciones que no figuran en la web**, la documentación para su correspondiente evaluación **deberá ser enviada 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.

El objetivo propuesto para este ciclo es lograr agilidad en las autorizaciones, afianzar los canales de comunicación y lograr que nuestros beneficiarios con discapacidad logren el acceso a las prestaciones de manera ágil y oportuna.

Para esto, les solicitamos -y es fundamental la colaboración- que en el envío de la documentación se ingrese estrictamente lo indispensable y no aquello que no se requiere. Les recordamos que no procesamos información parcial. Para poder evaluar la solicitud es necesario contar con toda la documentación.

Tengan a bien recordar esto para poder agilizar la evaluación y análisis de cada caso

Recibirán las autorizaciones en un tiempo máximo de 30 días. Luego de recibidas las mismas, si tienen alguna consulta pueden comunicarse directamente con nuestro equipo de analistas al mail de [coberturas.discapacidad@ospadep.com](mailto:coberturas.discapacidad@ospadep.com) .

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**

**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.

**Nota:** Tener en cuenta que no se liquidarán facturas hasta tanto el expediente se encuentre en estado Autorizado.

**SOLICITUD DE PRESTACIONES 2024**

**II. DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2024**

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** –

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



**www.ospadep.com**



**OSPADEP**

- **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** –
- **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** -

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



**www.ospadep.com**



**OSPADEP**

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)
- 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.

0800-345-6732



coberturas.discapacidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



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



**OSPADEP**

*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.

## **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.

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



**www.ospadep.com**



**OSPADEP**

- 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 respete el AÑO CALENDARIO**, es decir, puede existir el periodo Marzo 2024/Marzo 2025.
- 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 (sssaud.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.
- Solo se autorizará un profesional tratante por especialidad

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**

- Todo pedido médico que exceda las 10 sesiones semanales deberá ser acompañado por resumen de historia clínica y justificativo realizado por médico especialista en neurodesarrollo.
- Los prestadores y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar y enviar un **informe semestral de Evolución** del paciente.

## **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.

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



**www.ospadep.com**





**OSPADEP**

- 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.
- 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 \$259.14/ km- 528 km al mes. (Valor Actualizado al 11/2023.)

12 Viajes a psicología de 3km c/u a \$259.14 /km- 36 km al mes. (Valor Actualizado al 11/2023).

- 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**

0800-345-6732



coberturas.discapcidad@ospadep.com



Venezuela 900 - CABA - Buenos Aires - Argentina



**www.ospadep.com**



**OSPADEP**

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:

- 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.

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)



## 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- \(ospadep.com\)](http://ospadep.com)

***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](#)

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**

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**

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](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 2024

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](http://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.discapacidad@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	
	<b>AUTOCUIDADO</b>			
1	ALIMENTACIÓN		INDEPENDIENTE TOTAL 7	
2	ASEO PERSONAL		INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES 6	
3	BAÑO			
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR		ACTIVIDAD PUNTAJE	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR		SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE 5	
6	USO DEL BAÑO		SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS. 4	
<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>			REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS 3	
7	CONSTROL DE INTESTINOS		REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS 2	
8	CONSTROL DE VEJIGA		REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25% 1	
<b>TRANSFERENCIAS</b>				
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS		<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. go Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.</p>	
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





**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.discapcidad@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 INEVIENIENTE		Nº DE MATRICULA	ESPECIALIDAD	
<p><b>Resolución 1731/21:</b> 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"</p>				
FECHA:				

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"/> 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 (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 INSTENSIVO
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			PERIODO		
MAESTRA DE APOYO			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.discapcidad@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					
<hr/> <hr/> <hr/>					
2	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:			
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN					
<hr/> <hr/> <hr/>					
3	NOMBRE Y APELLIDO	TITULO PROFESIONAL:			
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN					
<hr/> <hr/> <hr/>					
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	COMPAÑÍA 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)



