

PARA ENTREGAR A LOS PROFESIONALES

- La documentación debe presentarse y poseer fecha anterior al inicio de la prestación a los efectos de emitir la autorización correspondiente.
- La prestación debe iniciarse una vez emitida la autorización por parte de esta Obra Social a los efectos de abonar los mismos, caso contrario no se efectuará el pago.
- El inicio sin autorización previa resulta neta responsabilidad del prestador y NO obliga a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- Debe existir total coincidencia entre prestaciones presupuestadas y las indicadas por el médico tratante

- Formulario de consentimiento, con fecha anterior al inicio de la prestación, firmado por el afiliado titular o representante y el profesional actuante, con los datos completos del paciente (*se adjunta el mismo*).
- **Formulario de notificación firmado por el prestador (se adjunta)**
- Presupuestos para el año 2019, **con fecha previa al inicio del tratamiento y posterior a la prescripción médica**, conteniendo los siguientes datos:
 1. Datos del beneficiario: Nombre y apellido, número de afiliado, número de documento.
 2. Modalidad prestacional.
 3. Período de la prestación (desde hasta.....)
 4. Días y horarios de concurrencia.
 5. Cantidad de sesiones por semana (según prescripción médica).
 6. Cantidad máxima de sesiones por mes.
 7. Importe de la prestación: por sesión, por mes y por año.
 8. En el presupuesto deben figurar los datos completos del prestador: nombre y apellido, título, número de CUIT, matrícula, RNP, domicilio de atención, datos de contacto (teléfono y/o mail), firma y sello del profesional.
- Informe de evolución 2018 o informe inicial.
- Plan terapéutico (objetivos) año 2019.
- Fotocopia de Inscripción en AFIP.
- Fotocopia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. **Obligatorio para las siguientes especialidades:** Lic en Fonoaudiología, Fonoaudiólogos, Lic en Psicología, Psicólogos, Lic en Kinesiología, Kinesiólogos, Lic en terapia Ocupacional, Licenciados en Psicopedagogía, Psicopedagogos Universitarios, Licenciados en Psicomotricidad, Psicomotricistas y Técnicos Universitario en Psicomotricidad, Licenciados en Musicoterapia y Musicoterapeutas.
- En caso de vencimiento del RNP durante el año prestacional, la autorización tendrá vigencia hasta el periodo (mes) completo anterior a dicho vencimiento, Solo se renovará la autorización contra la presentación de renovación del registro o en su defecto constancia de inicio del trámite.
- Fotocopia de **Título Habilitante** para aquellos profesionales sin obligación de inscripción en la SSS: Psicopedagogos y Profesores de Educación Especial (Sólo serán autorizados para brindar Módulo Maestro de Apoyo)

Para el Módulo de Maestro de Apoyo, la prestación deberá estar a cargo de Psicopedagogos o Profesores de Educación Especial. En este caso deberán presentar título habilitante y certificado analítico de materias, constancia de AFIP, fotocopia de póliza de seguro vigente. Se deberá adjuntar Acta Acuerdo entre la escuela y el prestador, Proyecto Pedagógico Individual (PPI) con plan de adaptaciones curriculares por área y certificado de alumno regular. **El plazo de entrega del Acta Acuerdo es hasta 60 días a partir del inicio del ciclo lectivo.**

FACTURACION DE LAS PRESTACIONES

Sólo se recibirán facturas que coincidan en concepto y cantidad con la prestación autorizada. Es responsabilidad exclusiva del prestador entregar las facturas en condiciones de ser liquidadas

Las Facturas y Recibos deberán cumplir con las resoluciones legales establecidas por la AFIP (Res. Gral. 3419/91 y/o Modificatorias). Las mismas se presentan del 1° al 5° día hábil de cada mes posterior a la prestación con dos fotocopias junto a la planilla de asistencia y a la autorización OSPe vigente.

Sólo se recibirán facturas que no hayan superado los 60 (sesenta) días del mes correspondiente a la prestación brindada.

Se entregarán modelos de facturación junto a la autorización emitida por OSPe.

Los Recibos, emitidos por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de Factura presentada, deberán estar dirigidos a OSPe y completos en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP (Res. Gral. 3419/91 y/o modificatorias), conteniendo los siguientes datos:

- Fecha
- Número completo de Factura que cancela, con su importe respectivo.
- En el caso de Recibo global, el mismo debe contener el detalle de todas las Facturas que cancela y su importe individual. En el caso de no tener lugar en el cuerpo del recibo, se podrá presentar en nota anexa con referencia al número de Recibo y firma del prestador.
- En el caso de corresponder indicar débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
- Total del Recibo. Verificando que el total de la/s Factura/s cancelada/s sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

NOTIFICACIÓN

El presente documento deberá entregarse firmado y sellado, junto con el consentimiento informado antes de iniciar la prestación.

Sr. Prestador:

Se pone en conocimiento que:

1. La recepción de la documentación de solicitud de prestaciones dentro del programa de referencia no implica autorización ni obligación de cobertura.
2. Las prestaciones deben iniciarse una vez emitida la autorización por parte de esta Obra Social.
3. No se reconocerán ni se efectuarán pagos de prestaciones anteriores a la fecha de emisión de la autorización.
4. La factura no puede emitirse con fecha dentro del mes de prestación.
5. La fecha de presentación de la factura es del 1° al 5° día hábil de cada mes.
6. Sólo se recibirán facturas que no hayan superado los 60 (sesenta) días del mes correspondiente a la prestación brindada.
7. La facturación deberá estar siempre acompañada de la autorización y documentación avalatoria de asistencia.
8. Sólo se recibirán facturas que coincidan en su totalidad con la prestación autorizada, tanto en concepto como en cantidad.
9. En caso de vencimiento del Registro Nacional de Prestadores, categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación, categorización de la Agencia Nacional de Discapacidad, habilitación municipal, seguro, etc. durante el año prestacional, éste condicionará la vigencia de la autorización hasta el período (mes) completo anterior a dicho vencimiento.
10. Sólo se renovará la autorización contra la presentación de la renovación de la documentación o en su defecto la constancia de inicio del trámite ante el organismo correspondiente.
11. La continuidad de la autorización queda sujeta al seguimiento y auditoría del equipo técnico del Servicio Social.
12. La Obra Social, a través de su equipo interdisciplinario, convocará oportunamente al prestador para solicitar informes o evaluaciones de seguimiento a los efectos de complementar la auditoría de la prestación brindada.

Fecha:

.....
Firma y sello del prestador

Fecha:

Apellido y nombre del paciente:

Edad:

DNI:

Nº de afiliado Ospe:

DIAGNOSTICO

Solicito desde mes _____ hasta mes _____ del año _____

**Prestación: _____ x _____ sesiones
semanales**

**Prestación: _____ x _____ sesiones
semanales**

**Prestación: _____ x _____ sesiones
semanales**

Firma y sello legible del medico tratante

**DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES
PROFESIONALES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad / Provincia: Teléfono:

Nombre Beneficiario:

DNI: Nro Afiliado OSPe:

Prestación/Especialidad (Según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Período Desde:/...../..... Hasta:/...../.....

Cronograma de asistencia:

DÍAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp.						

Observaciones:
.....
.....

.....
Firma del profesional

.....
Matrícula

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:

DNI: Nro Beneficiario:

.....
Firma Beneficiario o representante

.....
Aclaración

.....
DNI Firmante

Lugar y fecha de Consentimiento:

Modelo Presupuesto prestaciones en sesiones

Lugar y Fecha XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Apellido y nombre XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Número de afiliado XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Número de documento XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Modalidad prestacional: Sesiones de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Días y Horarios de concurrencia XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Cantidad de sesiones por semana .XXXXX (según prescripción médica)
Cantidad máxima de sesiones por mes XXXXX

Periodo de Prestación (desde/hasta)XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX..
Importe de la Prestación:

Por sesión XXXXXXXXXX
Por mes XXXXXXXXXXXXXXX
Por año XXXXXXXXXX

DATOS DEL PRESTADOR:

Apellido y Nombre XXXXXXXXXXXXX
Titulo XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Numero de matricula /registro XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Numero registro Nacional de Prestadores XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Numero de CUIT XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Domicilio de atención XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Mail: xxxxxxxxx@xxxxxxxxxx
Numero Telefono: (xxxx)xxxxxxxxxxx

Firma y sello