

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

-Profesionales/Instituciones-

Recomendaciones generales

IMPORTANTE

- ∴ Todo PRESUPUESTO DEBE SER PRESENTADO EN EL MODELO ADJUNTO QUE CORRESPONDA.
- ∴ Para solicitar cobertura por la Obra Social se deberá presentar toda la documentación solicitada **EN FORMA CONJUNTA**.
- ∴ No se recibirán entregas parciales o que no cumplan con los requisitos solicitados.
- ∴ Toda planilla a completar por el médico tratante, padre, o tutor debe confeccionarse con **misma letra y tinta negra**, sin enmiendas ni tachaduras (de no ser así será motivo de rechazo). Así mismo solo un médico deberá confeccionar todas las planillas que le correspondan.
- ∴ En ningún caso LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SIGNIFICARÁ AUTORIZACIÓN DE LA COBERTURA SOLICITADA.
- ∴ Las prestaciones serán reconocidas en forma retroactiva hasta 2 (dos) meses previos (dentro del año calendario) a la presentación del expediente completo, en condiciones de ser aprobado en la Obra Social.
- ∴ NO se reconocerá la cobertura de prestaciones desde el inicio del año cuando el expediente haya sido iniciado en el segundo semestre.

Cabe aclarar que la Obra Social NO podrá dar cobertura con el profesional o la institución que no se encuentre inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).



prestacionesdisc@fideisalud.com.ar

Documentación

ACLARACIONES PRELIMINARES:

El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta neta responsabilidad del prestador y NO OBLIGA a la OS a cubrir las prestaciones.

Todos los formularios que se presenten deberán poseer FECHA DE EMISIÓN PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN.

Debe existir total coincidencia entre prestaciones (incluida cantidad de sesiones) presupuestadas y las indicadas por el médico tratante.

La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado NO DA DERECHO AL PROFESIONAL INTERVINIENTE (PARTICULAR O INSTITUCIÓN) A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD NI OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR DICHAS PRESTACIONES SIN EL PREVIO ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

En algunos casos si fuera necesario el área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

En las especialidades de psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, rehabilitación, etc. Se considera que cada sesión se desarrolla en un plazo de 50 minutos, por lo cual no podrá facturarse más de una sesión aduciendo que se prolonga más allá del tiempo mencionado.

No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.

El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

En los casos en los que se produzca (por diferentes circunstancias) un cambio de profesional actuante, deberá presentarse junto con la documentación del nuevo profesional, nota formal explicando los motivos del cambio.

AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

- Consentimiento informado (modelo adjunto)
- Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación con su respectiva categorización.
- Título habilitante en los casos de profesionales individuales con certificaciones ministeriales.
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU

Prestadores/proveedores:

Por disposición/comunicado del BCRA, a partir del 16/09/2016, la Cámara Compensadora Electrónica (COELSA) comenzó a validar para las transferencias cursadas a otras entidades, la coincidencia entre CBU y CUIT/CUIL/CDI del Beneficiario o Institución. Aquellas operaciones que no logren pasar la validación serán rechazadas por dicha Cámara.

(Deberá coincidir la titularidad de la cuenta bancaria con el titular/institución que reciba el pago).

Integración escolar

(equipo o maestro de apoyo)

Solo podrá modularse cuando se brinde un mínimo de:

- 32 hs / mes para instituciones.

-24hs/mes para profesionales individuales.

-en los casos en que se solicite MÓDULO DE MAESTRO DE APOYO con una carga horaria menor a 6 horas semanales se deberá extender un presupuesto por valor hora.

AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

(además de la legal)

- Acta Acuerdo (se adjunta modelo): la misma deberá ser firmada por las tres partes, titular de la Obra Social, escuela común y maestra integradora o institución que cede a la profesional.
Fecha tope de presentación 30/03.
- Proyecto de Integración: debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos y debe estar firmado por la profesional independiente que realizar la integración y/o la institución que cede a la maestra integradora.
- Consentimiento Informado (se adjunta modelo).

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN

(SÓLO SI SE SOLICITA LA PRESTACIÓN)

La Institución/Equipo _____
se compromete a realizar la integración del/la niño/a _____
bajo la responsabilidad de la Maestra Integradora: _____

LUGAR DONDE SE REALIZA LA INTEGRACIÓN: _____

DÍAS de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común: _____

HORARIO de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común: _____

DÍAS de concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común: _____

HORARIO concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común: _____

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y consentimiento a los ____ días del mes de _____ de 20__

Firma y sello

Establecimiento Educativo Común

Firma y sello

Equipo/Maestro de apoyo

Firma y Aclaración

Titular de la Obra Social

POR FAVOR COMPLETAR TODAS LAS FIRMAS

Facturación

IMPORTANTE

LAS FACTURAS DEBERÁN SER PRESENTADAS DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 (CINCO) (DÍAS HÁBILES DEL MES POSTERIOR AL FACTURADO ADJUNTANDO PLANILLA DE ASISTENCIA O CONFORMIDAD DE TRASLADOS (se adjuntan modelos). CASO CONTRARIO DEBERÁN SER PRESENTADAS AL MES SIGUIENTE.

EN CASO QUE EL PROFESIONAL SE DEMORE EN LA PRESENTACIÓN EL PAGO SUFRIRÁ DEMORAS EN SU LIQUIDACIÓN. SOLO SE RECONOCERÁ FACTURACIÓN RETROACTIVA A 2 (DOS) MESES DEL MES CALENDARIO EN CURSO.

ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PRESTADOR ENTREGAR LAS FACTURAS EN CONDICIONES DE SER LIQUIDADAS.

Aquellos proveedores que presenten factura A o B deberán entregar en Tesorería el correspondiente recibo. El mismo, deberán presentarlo una vez acreditado el pago **SIN EXCEPCIÓN**.

La factura debe ser emitida SÓLO a nombre de la Obra Social completando n° de cuit y domicilio firmada por el profesional.

La facturación de todas las prestaciones se presenta a mes vencido (fin del mes trabajado).

Confección de las Facturas

Profesionales / Instituciones: (según corresponda)

- Debe especificar denominación y n° de cuit de la obra social correspondiente:
OSCEP – CUIT 30-67789609-0 (responsable inscripto)
OSSDEB – CUIT 30-60726243-4 (IVA exento)
- Debe especificar el tipo de prestación brindada no el tipo de abordaje (Ej. Psicología, Fonoaudiología y no tratamiento cognitivo conductual).
- Cantidad de sesiones / tipo de jornada / módulo (integración, etc.). CATEGORÍA según SSS (instituciones)
- Importe unitario de la sesión =hora / del módulo / jornada (para instituciones).
- Indicar porcentaje de dependencia en el caso que corresponda.
- Período de prestación.
- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (nombre y apellido completo y DNI)

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

Modalidad de Cobro

Vía transferencia bancaria: los prestadores deben presentar el formulario de CBU junto con la primera factura adjuntando un comprobante impreso que pueden obtener a través del cajero automático en el cual reconfirman el número CBU.

Si el prestador desea conocer las normas de facturación para prestaciones de discapacidad, puede solicitarlas a facturaciondisc@fideisalud.com.ar

Recibos

Deberán estar emitidos por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de factura emitida, dirigido a la obra social y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha de recibo
- Número completo de factura que cancela
- Emitido a nombre de OSCEP u OSSDEB (según corresponda)
- CUIT (OSCEP 30-67789609-0 // OSSDEB 30-60726243-4)
- Detalle de pago por transferencia y fecha de la transferencia
- Total del recibo (verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido)
- Firma y aclaración del prestador o su representante

En caso de recibo global, el mismo deberá contener 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.

El no cumplimiento ocasionará demoras en pagos posteriores hasta tanto no se complete este requisito.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

Maestra de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Maestra de Apoyo para la integración escolar**

Período Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Actividad Aulica (Maestra de Apoyo)

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela:

Sita en la Calle N° de la ciudad de

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello
del Profesional

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de horas mensuales Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre

Domicilio

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Actividad Aulica

Institución en la que se brindará la Prestación - Escuela:

Sita en la Calle N° de la ciudad de

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde					
Hasta					

Actividad Extra Aulica

Conformación del equipo profesional interviniente:

Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

Equipo de apoyo para la integración escolar

Presupuesto

Completar todos los campos del Formulario

2 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

.....

.....

3 Nombre y Apellido:

Título profesional:

Objetivo de la intervención:

.....

.....

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la Calle N°

de la ciudad de

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello
del Representante del Equipo

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Profesionales Individuales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Periodo Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales: Monto por Sesión \$ Monto Mensual \$

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello del Profesional

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

Presupuesto de Prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

El niño/ a concurre a las terapias acompañado por:
(indicar parentesco)

Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad

Período Desde Hasta Año

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales Monto por Sesión \$ Monto Mensual \$

Valor del Módulo \$

Datos del Prestador

Nombre y apellido / Razón Social

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de:

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia												
Terapia												
Terapia												

Firma y Sello
Aclaración / Institución

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

Presupuesto de Prestaciones Institucionales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional a Brindar

Tipo de jornada a realizar Simple Doble Reducida Permanente Categoría A B C

Incluye almuerzo Si No Incluye Dependencia Si No

Monto Mensual \$ Período Desde Hasta Año

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Localidad Provincia

Teléfono Email

CUIT N° Condición frente al IVA

Cheque a la orden de

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Desde						
Hasta						

Firma, Aclaración y Sello de la Institución/ Prestador

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

Planilla de Asistencia a Tratamiento - 20__

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita

Razón Social del Prestador

Domicilio real donde se realiza la prestación

Dejo constancia que el Afiliado

Ha concurrido a Tratamiento de Durante el mes de 20__

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Firma y Sello del Director Institucional

Importante: Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada Tratamiento que realice el Afiliado, y 1 (una) por cada mes.
Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas.
Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril) = 2 Planillas.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

Plan de tratamiento instituciones

Consentimiento

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención: Localidad/Provincia:
.....

Teléfono:

Nombre beneficiario: DNI:

PRESTACIONES A BRINDAR (según mecanismo INTEGRACIÓN)

Tipo de jornada (simple o doble): Dependencia (s/n):

Matrícula (\$): Monto mensual (\$): Categoría:

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
HORARIO	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:	DE: A:

Observaciones

Firma y aclaración del responsable de la institución

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito
precedentemente al Beneficiario _____

DNI _____

Firma y aclaración beneficiario o representante

DNI

Lugar y fecha de consentimiento

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2019

- Profesionales/Instituciones -

Plan de tratamiento especialidades individuales

Consentimiento

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención: Localidad/Provincia:

Teléfono:

Nombre beneficiario: DNI:

Prestación/especialidad (según mecanismo integración)	Cantidad sesiones	Monto sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Período ciclo lectivo DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DÍAS HORARIO	lunes DE / A	martes DE / A	miércoles DE / A	jueves DE / A	viernes DE / A
ESPECIALIDAD					
ESPECIALIDAD					
ESPECIALIDAD					

Observaciones

Firma y aclaración del responsable de la prestación

CONSENTIMIENTO

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

DNI _____

Firma y aclaración beneficiario o representante

DNI

Lugar y fecha de consentimiento

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS