OSSdeB
Fideicomiso
"Obra Social de Serenos
de Buques - Fideisalud S.A."

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2027

PROFESIONALES | INSTITUCIONES

prestacionesdisc@fideisalud.com.ar / 0800-345-7332 Tte. Gral. Juan Domingo Perón 1606 - CABA

RECOMENDACIONES GENERALES

- 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
- En ningún caso la recepción de la documentación significará la autorización de la cobertura solicitada.
- No se reconocerá el pago de prestaciones brindadas antes de la evaluación del equipo interdisciplinario de la obra social.
- Cabe aclarar que la Obra Social NO podrá dar cobertura con el profesional o 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 | Tte. Gral. Juan Domingo Perón 1606 – CABA | Tel: 0800-345-7332

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 período 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.**
- Se considera que cada sesión tiene una duración mínima de 45 minutos.
- 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 un cambio de profesional actuante, deberá presentarse junto con la documentación del nuevo profesional, nota formal explicando los motivos del cambio.
- Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario podrá realizar auditorías en terreno según horarios declarados de atención al beneficiario.
- El profesional tratante deberá presentar un informe semestral (junio /diciembre) de la evolución del paciente.

AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- 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 ARCA
- Comprobante de CBU
- Nota información bancaria
- Informe inicial y plan de tratamiento firmados.

INTEGRACIÓN ESCOLAR

(equipo o maestro de apoyo)
Se podrá solicitar módulo cuando se brinde un mínimo de:

- 32 hs mensuales para instituciones.
- 24 hs mensuales para profesionales individuales.
- En los casos en que se solicite la prestación de maestra 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

- 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. **Fecha tope de presentación 30/04.**
- 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.

FACTURACIÓN

- Las facturas deberán ser cargadas dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles de cada mes en la plataforma web de la obra social: https://tramites.ossdeb.com.ar/webOSSdeB/prevkit.php
- Solo se aceptará una factura por período, por afiliado, de la misma prestación. La misma debe cargarse acompañada de planilla de asistencia (modelo adjunto), la no presentación de la documentación en forma conjunta y completa dará lugar al rechazo de la factura.
- En caso que el profesional se demore en la presentación, el pago sufrirá demoras en su liquidación. Solo se reconocerá facturación retroactiva a 1 (un) mes del calendario en curso. No se aceptarán facturas presentadas fuera de ese término.
- Es responsabilidad exclusiva del prestador entregar las facturas en condiciones de ser liquidadas.
- Si el prestador desea conocer las normas de facturación, solicitar un instructivo para utilizar la plataforma web u otras consultas relacionadas con las facturas y/o pagos, puede comunicarse con: facturaciondisc@fideisalud.com.ar

Aquellos proveedores que presenten factura A o B deberán entregar en Tesorería el correspondiente recibo. El mismo, deberán presentarlo una vez acreditado el pago.
La factura debe ser emitida a nombre de la Obra Social completando nº de cuit y domicilio.
La facturación de todas las prestaciones se presenta a mes vencido.

CONFECCIÓN DE LAS FACTURAS

Profesionales/ Instituciones: (según corresponda)

- Debe especificar denominación y nº de cuit de la obra social correspondiente: 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).

Los comprobantes deberán ser enviados en el formato de descarga ARCA respetando el siguiente orden: CUIT_TipoComprobante_PuntodeVenta_NumeroComprobante.pdf

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 confirmen el número CBU.

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 ARCA, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha de recibo
- Número completo de factura que cancela
- Emitido a nombre de OSSDEB.
- CUIT 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)

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.

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.**

NOTA DATOS BANCARIOS

Información bancaria para el cobro de facturas

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE Y APELLIDO DEL PRESTADOR: _____

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: _____

Nº DE CUIT (COINCIDENTE CON LA FACTURACIÓN): _____

Nº DE CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO: _____

BANCO: _____

Nº DE CBU (CORRESPONDIENTE AL CUIT DE LA FACTURACIÓN): _____

MAIL DE CONTACTO: _____

_____

Firma

_____

Aclaración

_____

Fecha

RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU IMPRESO DEL BANCO (VIGENTE AL AÑO EN CURSO), ATENTO A QUE EL ÚNICO MEDIO DE PAGO SERÁ LA TRANSFERENCIA BANCARIA.

En caso de efectuar una modificación en la cuenta o informar una nueva, deberá completar y enviar nuevamente este formulario a la obra social para dar conocimiento del mismo.

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**

Periodo_____Desde_____Hasta_____Año_____

Cantidad de horas mensuales _____ Monto mensual $_____

Datos del prestador

Nombre_____

Domicilio_____ N°_____

Localidad_____ Provincia _____

Teléfono _____ Email _____

CUIT N° _____ Condición frente al IVA_____

Cheque a la orden de:_____

Cronograma de actividad áulica (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					

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

_____

Firma y Sello del Médico

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: **Maestra de apoyo para la integración escolar**

Periodo_____Desde_____Hasta_____Año_____

Cantidad de horas mensuales _____ Monto mensual $_____

Datos del prestador

Nombre_____

Domicilio_____ N°_____

Localidad_____ Provincia _____

Teléfono _____ Email _____

CUIT N° _____ Condición frente al IVA _____

Cheque a la orden de:_____

Actividad áulica

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 áulica

Conformación del equipo profesional interviniente:

1

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".

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

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN

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.

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 horas mensuales _____ Monto por sesión $_____ Monto mensual $ _____

Datos del prestador

Nombre y apellido / Razón social _____

Domicilio real donde se brindará la prestación _____N°_____

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
Desde					
Hasta					

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

_____

Firma, Aclaración y Sello
del Profesional.

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 _____

Datos de la prestación

Prestación / Especialidad:_____

Periodo_____Desde_____Hasta_____Año_____

Cantidad de horas 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 _____

N°_____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
Desde					
Hasta					

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

_____

Firma, Aclaración y Sello del Profesional.

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 $ _____ Desde _____Hasta_____ Año_____

Datos del prestador

Nombre y apellido / Razón social _____

Domicilio real donde se brindará la prestación _____

N°_____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
Desde					
Hasta					

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

_____

Firma, Aclaración y Sello del Profesional.

PLANILLA DE ASISTENCIA A TRATAMIENTO – 2027

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/la afiliado/a: _____

Ha concurrido a Tratamiento de_____Durante el mes de_____20____

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor	Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor
lunes					lunes				
martes					martes				
miércoles					miércoles				
jueves					jueves				
viernes					viernes				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor	Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor
lunes					lunes				
martes					martes				
miércoles					miércoles				
jueves					jueves				
viernes					viernes				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor
lunes				
martes				
miércoles				
jueves				
viernes				

_____
Firma y sello del director Institucional

_____ _____ _____
Firma del Titular o Tutor Aclaración DNI

IMPORTANTE

Se deberá anexar 1(una) Planilla por cada Tratamiento que realice el/la Afiliado/a. Y 1 (una) por cada mes.

Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas.

Ejemplo 2: Kinesiología (marzo y abril) = 2 Planillas.