



Instructivo: **ESCOLARIDAD – EDUCACION GENERAL BASICA**

Debe presentarse toda la documentación con un plazo de antelación de por lo menos 45 días al inicio de la prestación.

Para agilizar la autorización, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Verifique que la documentación que obra en su poder coincida con la solicitada para cada caso.
- Controle que esté confeccionada según las instrucciones adjuntas.
- Por favor, presentar la documentación digital en forma completa (no parcial), sin enmiendas ni tachaduras, con firma y sello en todas las hojas.
- La documentación solicitada está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales y/o evaluaciones correspondientes.

“IMPORTANTE”:

Para evaluar la autorización de la prestación debe presentarse por correo electrónico a: integracion@osiadsalud.org.ar

Para comenzar el tratamiento, sin excepción, debe esperar la autorización de la obra social.

No se reconocerán prestaciones brindadas sin autorización previa de la Obra Social, ni en forma retroactiva mayor a 30 días.

La Institución debe contar con Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agenda Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

Documentación requerida para evaluar la autorización de la prestación:

a) Del beneficiario:

Copia del **certificado de discapacidad** vigente

Certificado de alumno regular del año en curso o de concurrencia a Centro Educativo

Conformidad Prestacional: se adjunta modelo

b) Del médico especialista tratante:

Prescripción del médico tratante: ejemplo

Apellido y nombres – N° de beneficiario

Prestación solicitada: **ESCOLARIDAD** (indicar ciclo/nivel/grado/turno)

Frecuencia semanal – Tipo de Jornada: **SIMPLE / DOBLE**

Período por el cual se solicita: (desde/hasta – mes/mes/año)

Diagnóstico:

Fecha de prescripción anterior al inicio del tratamiento.

Firma y sello médico especialista tratante

Resumen de Historia Clínica con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. Debe ser completa y detallada con datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto (incluir todas las prestaciones indicadas).

c) Del Prestador:

Presupuesto Prestacional se adjunta modelo. Debe constar teléfono y correo electrónico del prestador.

Cronograma de actividades individuales y grupales: indicar días de la semana con tabla de distribución horaria, aclarando que profesional realiza la práctica. Firma y sello del responsable de la institución.



Plan de Actividades Curriculares: conjunto de saberes relevantes que integran el proceso de enseñanza y aprendizaje, y que constituyen los marcos de referencia e instancias en la programación de los contenidos curriculares de dicho nivel de acuerdo al ciclo que le corresponda al beneficiario. Firma y sello en todas sus hojas.

Plan de Actividades de atención técnico profesionales: aquellos que se brindarán de acuerdo con los requerimientos que presente el alumno según sus necesidades especiales. Por cada disciplina: detallando objetivos generales y objetivos específicos evidenciables respecto de las características del beneficiario, aclarando métodos de trabajo y materiales (de corresponder). Firma y sello en todas las hojas del responsable de la Institución.

Plan de Actividades de socialización y recreación: las realizadas dentro o fuera de la institución como complemento de las actividades curriculares. Firma y sello del responsable de la Institución.

Plan de Pre Taller: proceso de adquisición de habilidades educativas y funcionales. Prestación enmarcada dentro de la EGB con talleres de formación laboral. Está incluido dentro de la programación de la Educación General Básica y no debe considerárselo en forma independiente.

Informe inicial del estado del paciente en hoja separada, con fecha de emisión, firmado y sellado en todas sus hojas.

Constancia de Habilitación/Categorización en S.S.Salud/ANDIS/S.N.R. Disposición completa.

Constancia de inscripción en A.F.I.P. e Ingresos Brutos vigente

Consulta de CBU (debe ser la misma titularidad de CUIT que la razón social que factura) con firma y sello del profesional.

A enviar:

Informe/evaluación semestral: que dé cuenta de los procesos singulares, de los objetivos específicos y diferenciados y los alcances realizados por el paciente en relación al plan de trabajo propuesto al inicio del año (acordados entre los distintos profesionales o equipos intervinientes). En hoja separada, con fecha de emisión, firma y sello del profesional en todas sus hojas.

Informe/evaluación final: (a enviar con la última facturación del año) con las indicaciones del informe semestral.

Facturación mensual: MECANISMO INTEGRACIÓN

- Planilla de Asistencia: se adjunta modelo
- Enviar factura PDF emitida por Afip únicamente (no se aceptará foto o escaneada) y constancia de asistencia mensual a facturacion.integracion@osiadsalud.org.ar indefectiblemente hasta el día 10 del mes siguiente al período facturado para ser ingresada en carpeta vigente de Mecanismo Integración.
- De presentarla desde el día 11 hasta el último día hábil del siguiente mes al período facturado, se ingresará en carpeta siguiente de Integración.
- Después del plazo indicado, se considerará presentación fuera de término.
- Instructivo factura: se adjunta
- A quien le informe el pago, deberá presentar la constancia cancelatoria que corresponda. Ante la falta de recibo firmado se limitará la transferencia del siguiente pago disponible.



CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN

ANEXO II

Datos del Beneficiario

Apellido y nombre: _____

Número de Afiliado: _____

Teléfono: _____

Mail del afiliado: _____

Yo _____ con Documento Tipo (____) N° _____,

doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detalla/n y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

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 detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración y DNI



ANEXO III MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: _____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.



INSTITUCIONES - FACTURACION

Sr. Prestador

Las facturas correspondientes a Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad deben ser:

- ✓ en forma mensual e individual (por cada beneficiario) con factura “B” o “C” electrónica (adjuntar validación de Afip) emitidas con los siguientes datos:

Encabezado:

- ✓ Fecha de emisión
- ✓ Nombre de la obra social: Obra Social para el Personal de la Industria Aceitera Desmotadora y Afines - OSIAD
- ✓ CUIT: 30-58331882-4
- ✓ I.V.A.: Exento
- ✓ Domicilio: Avda. Belgrano 1370 – 2º Piso – (1093) C.A.B.A.
- ✓ Período facturado Desde: primer día del mes facturado - Hasta: último día del mes facturado

Detalle:

- ✓ Tipo de prestación. Categoría y tipo de jornada
- ✓ Nombre y apellido del beneficiario
- ✓ Nº C.U.I.L.
- ✓ Nº de beneficiario
- ✓ Mes y año de la prestación
- ✓ Importe Dependencia discriminado.
- ✓ Importe total

El no cumplimiento de alguno de los ítems enunciados, será motivo de demora en la liquidación hasta recibir nota aclaratoria.

IMPORTANTE:

- Enviar factura PDF emitida por AFIP únicamente (no se aceptará foto o escaneada) y constancia de asistencia mensual a facturacion.integracion@osiadsalud.org.ar indefectiblemente hasta el día 10 del mes siguiente al período facturado para ser ingresada en carpeta vigente de Mecanismo Integración.
- De presentarla desde el día 11 hasta el último día hábil del siguiente mes al período facturado, se ingresará en carpeta siguiente de Integración.
- Después del plazo indicado, se considerará presentación fuera de término.
- A quien le informe el pago, deberá presentar la constancia cancelatoria que corresponda. Ante la falta de recibo firmado se limitará la transferencia del siguiente pago disponible.



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL INSTITUCIONES
Completar con lapicera azul

Prestador _____ Nº _____
Domicilio _____
E-Mail _____ Tel. () _____
Apellido y nombre del beneficiario _____

DNI Nº _____ Afiliado Nº _____
Prestación _____
Turno (mañana/tarde/doble) _____
Período (mes y año) _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

- Se marca con una P (presente) las asistencias
- Se marca con una A (ausente) las inasistencias
- S (sábado) / D (domingo) / F (feriados) / J (jornadas)

Y toda aclaración que considere pertinente:

PRESTADOR BENEFICIARIO, RESPONSABLE O TUTOR

Firma original del Responsable de la Institución

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI

Recibos como comprobante de cancelación de deuda:

El Agente del Seguro de Salud, deberá conservar la documentación específica que refleje fehacientemente la cancelación de las Facturas desde la cuenta bancaria DISCAPACIDAD:

Recibo emitido por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de factura emitida, dirigido al Agente de Salud y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha.
- Número completo de factura que cancela.
- En el 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.
- 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.

Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por débitos se deberá adjuntar: Fotocopia de planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello de Contador y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

Cuando se efectúen retenciones de impuestos se deberá adjuntar copia de los comprobantes de retención.

Cuando el recibo emitido no contenga todos los datos mencionados, deberá complementarse con Liquidación de Pago emitida por el Agente del Seguro de Salud (en donde se detalle los datos mencionados) y firmada por el prestador. O adjuntar nota firmada y sellada por el prestador detallando los datos faltantes en el recibo original.

El mismo criterio se deberá utilizar cuando se trate de la cancelación de una Factura sin obligación de emitir recibo por parte del prestador {Facturas C}.

Las Liquidaciones de Pago emitidas por el Agente del Seguro de Salud podrán incluir la cancelación de más de una factura.