



Instructivo: **PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN.**

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](mailto: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.

El profesional que realice la prestación debe estar inscripto en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.Salud (requisito excluyente)

**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 (de corresponder)

**Conformidad Prestacional:** se adjunta modelo

b) Del médico especialista tratante:

**Prescripción del médico tratante:** ejemplo

Apellido y nombres – Nº de beneficiario

Prestaciones solicitadas: detallar todas las Prestaciones

Frecuencia semanal: cantidad de sesiones de cada Terapia por semana

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

Diagnóstico: según corresponda

Fecha de prescripción anterior al inicio del tratamiento

Firma y sello del médico tratante

**Resumen de Historia Clínica** en original con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. Debe estar confeccionado por el médico especialista tratante del beneficiario causante y actualizado. 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.



**Plan Terapéutico:** debe detallar objetivos generales y objetivos específicos evidenciables respecto de las características del beneficiario, a desarrollar con él en particular, aclarando métodos de trabajo y materiales (de corresponder), firmado y sellado en todas sus hojas.

**Aclaración:**

“Objetivos generales”: deben mencionar las metas centrales del tratamiento y plantear de una manera amplia hasta donde llega éste.

“Objetivos específicos”: deben expresar las metas concretas que son necesarias para alcanzar el objetivo general.

**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.** según corresponda. 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 evolutivo 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 de tratamiento (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](mailto: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.



### **MOD. INTEGRAL SIMPLE / INTENSIVO - 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 confección
- ✓ 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 P – (1093) C.A.B.A.
- ✓ Período facturado desde: primer día del mes facturado - Hasta: último día del mes facturado

#### Detalle:

- ✓ Tipo de prestación: Rehabilitación Módulo Integral
- ✓ Discriminar: Simple o Intensivo
- ✓ Nombre y apellido del beneficiario
- ✓ Nº C.U.I.L.
- ✓ Nº de beneficiario
- ✓ Mes y año de la prestación
- ✓ Detallar terapias y cantidad de sesiones semanales.
- ✓ Importe unitario (por semana)
- ✓ Importe total (mensual)

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](mailto: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.





### **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.