***DOCUMENTACION A SOLICITAR A LOS PRESTADORES:***

* Presupuesto original y fotocopia del establecimiento asistencial y/o profesional y/o transporte. (la fotocopia se devuelve autorizada si se cumplen todos los requisitos)
* Los profesionales junto con el presupuesto deberán presentar el plan de tratamiento y el ESTADO DEL PACIENTE AL INICIAR DICHO TRATAMIENTO.
* Fotocopia del REGISTRO DE INSCRIPCION y de la CATEGORIZACION de la institución y/o profesional en la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE SALUD, para los casos de:
* Establecimientos asistenciales y ambulatorios que brindan prestaciones médicas.
* Profesionales con Matrícula del Ministerio de Salud.

Los profesionales deberán presentar además la fotocopia del título habilitante. (Solo estos dos comprobantes, no hace falta inscripción monotributo, constancia AFIP, etc.)

Están exentos de presentar esta documentación: Psicopedagogos, Maestros o directores de escuelas especiales. En estos casos deberá presentarse fotocopia del título habilitante y certificado analítico que acredite la especialidad para la cual se encuentra habilitado.

* Constancia de alumno regular (escuela) y/o constancia de asistencia a la Institución y/o Profesional (terapia).
* Deberá presentar trimestralmente, en forma obligatoria, un informe de evolución del beneficiario confeccionado por el prestador que brinda la atención. En caso contrario no se recepcionará la facturación posterior al trimestre del cual falte dicho informe.
* Para la autorización de la prestación de Integración Escolar deberá presentarse copia del Acta Acuerdo firmada por el prestador, la escuela y los padres; además de las adaptaciones curriculares. Sin estos requisitos no se autorizará dicha prestación.
* Cronograma de las actividades diarias del beneficiario. (Adjunto planilla modelo)
* En el caso de solicitar transporte, habilitación de la remiseria o del transporte especial y copia del seguro, según fuera el caso.

***TODOS LOS PRESTADORES DEBERAN PRESENTAR CONSTANCIA DE CBU.***

***EN LOS CASOS DE CAMBIO DE PROFESIONAL SE DEBERA PRESENTAR:***

* NOTA DEL PADRE, MADRE O TUTOR, DEJANDO CONSTANCIA DEL CAMBIO DE PRESTADOR, Y ADJUNTAR LA DOCUMENTACION DEL NUEVO PROFESIONAL, SIN NECESIDAD DE REHACER EL PEDIDO MEDICO.
* NOTA DEL PROFESIONAL O ESTABLECIMIENTO, INDICANDO LA FINALIZACION DEL TRATAMIENTO.

|  |
| --- |
| ***LA PRESTACION DEBE ESTAR AUTORIZADA PREVIO A LA INICIALIZACION DEL TRATAMIENTO***. |

***Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar***

***PARA PRESTADORES:***

1. ***CONFECCIÓN DEL PRESUPUESTO:***

EL PRESUPUESTO DEBE ESTAR CONFECCIONADO A NOMBRE DE OSPACP.

CUIT: 30579628819 CHARCAS 2745 CABA. IVA EXENTO.

**Debe contener los siguientes datos:**

* Datos del Afiliado.
* Número de CUIT o CUIL del prestador.
* Condición frente al Impuesto a las Ganancias, IVA e Ingresos Brutos.
* Fecha. Dirección y teléfono.
* Firma y sello de la institución y/o profesional que presenta el presupuesto
* Tipo de prestación. Modalidad de prestación (ej.: kinesiología de lun a vie, 2 veces por semana, Etc.). Si incluye prácticas de diferentes especialidades, se deberá indicar la duración de cada sesión y la cantidad de sesiones por semana (ver modelo adjunto para profesionales).
* Período que abarca el presupuesto.
* Informar si se incluye el almuerzo dentro de la modalidad de jornada simple o doble.
* Importe mensual de acuerdo a la categorización.
* En caso de Profesionales deberá especificarse el importe por sesión, el total de sesiones al mes, y el total del importe mensual.

**Para Transporte (ver modelo adjunto) se debe agregar la siguiente información:**

* Un presupuesto por cada recorrido realizado.
* Detalle exacto de cada recorrido (de donde a donde)
* Valor unitario del Km
* Cantidad de Kms. por viaje
* Cantidad total de Kms mensuales
* Cantidad de días viajados al mes
* Costo total mensual
* Certificado por el programa Google map, los kilómetros totales recorridos ( de donde a donde)

***Cada cambio de prestador o modificación en el importe de las prestaciones deberá ser previamente informado. Se deberá presentar un nuevo presupuesto y de ser necesario se solicitará una nota explicando los motivos del cambio.***

1. ***FACTURACIÓN:***
* La factura deberá ser confeccionada a nombre de OSPACP – CUIT: 30579628819 CHARCAS 2745 CABA. IVA EXENTO.
* En concepto indicar la prestación que corresponde, mes de prestación, nombre y CUIL del beneficiario, se debe además detallar el módulo y la categorización que le corresponde al centro; en el caso de los profesionales se deberá especificar: cantidad de sesiones a las que asistió el paciente en el mes, valor en $ de la sesión y Valor en $ del total de las sesiones.
* Para el transporte deberá detallarse: Recorrido realizado (desde donde hasta donde), Valor unitario del Km, Cantidad de Kms y costo por viaje, Cantidad de días viajados al mes, Cantidad total de Kms y costo mensual e Indicar el mes facturado.

 ***Importante: Se deberá facturar en forma mensual y separado por tipo de prestación.***

*Tiempos de presentación de FACTURAS:* Las facturas se presentarán a mes vencido, del 1 al 10 de cada mes.

 *Forma de presentación:*

Se deberá adjuntar:

1. Factura y constancia de asistencia originales de la institución y/o planilla de asistencia a terapia con profesional particular, junto con el informe evolutivo del mes facturado.
2. En caso de que el beneficiario sea monotributista deberá adjuntar una copia del pago correspondiente al mes de prestación facturado.

 ***El importe total de la factura deberá ser igual al del presupuesto aprobado en el expediente inicial. Recordar que ante cualquier cambio de prestador o importe se deberá informar a este sector a fin de cumplir los requisitos administrativos.***

***MODELO DE PRESUPUESTO PARA PROFESIONALES***

Información que no puede faltar en el presupuesto. No hace falta llenar este formulario si se presenta el presupuesto del profesional.

***DATOS DEL PROFESIONAL***

NOMBRE Y APELLIDO:

CUIT:

DIRECCION Y TELEFONO:

E-MAIL:

***DATOS DEL BENEFICIARIO***

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:

TIPO DE PRESTACION:

CANTIDAD DE SESIONES POR SEMANA:

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES:

VALOR DE LA SESION:

VALOR TOTAL MENSUAL:

PERIODO DE COBERTURA:

***Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar***

***MODELO DE PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE***

Información que no puede faltar en el presupuesto. No hace falta llenar este formulario si se presenta el presupuesto del transporte.

***DATOS DEL TRANSPORTE***

RAZON SOCIAL DE LA REMISERIA O TRANSPORTE ESCOLAR:

NOMBRE DE FANTASIA:

DIRECCION:

TELEFONO:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO:

DIRECCION:

DIRECCION DE PARTIDA Y DESTINO:

CANTIDAD DE VIAJES POR DIA:

CANTIDAD DE VIAJES POR MES:

CANTIDAD DE KM POR VIAJE:

CANTIDAD DE KM MENSUALES:

VALOR DEL KM:

VALOR TOTAL $ MENSUAL:

DEPENDENCIA: SI O NO

PERIODO DE COBERTURA:

***Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar***