

DOCUMENTACIÓN A SOLICITAR A LOS PRESTADORES:

Toda la documentación debe tener la firma del prestador. Puede ser en forma ológrafa, electrónica o digital.

Dicha documentación debe enviarse de manera digital, mediante un archivo por foto o escaneado.

Todo debe remitirse a fcamillozzi@ospacp.org.ar

No es necesario enviar originales a las delegaciones, ni a sede central (Charcas).

Deberán enviar:

- Conformidad de las prestaciones firmadas por persona con discapacidad / familiar responsable o tutor. Conforme ANEXO II
- Informe de evaluación inicial: Se deberá presentar al comienzo de una **prestación nueva**, deben constar los instrumentos de evaluación utilizados y los resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación: Se deberá presentar en el caso de una **renovación de prestación**. Se debe consignar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con el beneficiario y con su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. Consignar progresos o retrocesos.
- Plan de abordaje individual, en el que debe constar: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención, contemplando los distintos contextos.
- Presupuesto del establecimiento asistencial y/o profesional y/o transporte.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para todos los profesionales de prestaciones de apoyo, de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria, según normativa vigente.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales. (categorización)

- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Constancia de CUIT

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA POR PRESTACIÓN:

Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de Apoyo:

- Constancia de alumno regular y/o constancia de asistencia a la Institución.
- Acta Acuerdo firmada por el prestador, la escuela y los padres
- Las adaptaciones curriculares confeccionadas por el profesional / equipo tratante.

Se deben presentar dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.

- Se deberá presentar el Cronograma de días y horarios de todas actividades del beneficiario, incluido el colegio (Según planilla modelo).

Transporte:

- Conformidad del diagrama de traslado firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor.
- Presupuesto en el cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme a Google maps) y cronograma de traslado, firmado por la persona con discapacidad /familiar responsable/ tutor.
- Se debe presentar habilitación de la remisería o transporte especial, copia de la póliza de seguro, verificación técnica vehicular, y licencia de conducir del chofer.
- En los casos en que el recorrido solicitado para el transporte supere los 1.500km mensuales (sumando todos los recorridos efectuados en el mes) se deberá presentar, certificado de domicilio emitido por la autoridad competente y una justificación médica (confeccionada por el médico que realizó el pedido de transporte) más detallada sobre la necesidad del transporte.

TODOS LOS PRESTADORES DEBERÁN PRESENTAR CONSTANCIA DE CBU.

EN LOS CASOS DE CAMBIO DE PROFESIONAL SE DEBERÁ PRESENTAR:

- NOTA DEL PADRE, MADRE O TUTOR, DEJANDO CONSTANCIA DEL CAMBIO DE PRESTADOR, DETALLANDO PERIODO Y ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN DEL NUEVO PROFESIONAL, SIN NECESIDAD DE REHACER EL PEDIDO MÉDICO.
- NOTA DEL PROFESIONAL O ESTABLECIMIENTO, INDICANDO LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO.

NO SE ACEPTARÁN PRESTADORES QUE NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS.

LA PRESTACIÓN DEBE ESTAR AUTORIZADA PREVIO AL INICIO DEL TRATAMIENTO (NO SE ABONARÁ REINTEGRO EN EL CASO DE PRESTAR FACTURACIÓN SIN ESTAR AUTORIZADO)

TODAS LAS CONSULTAS SE DEBEN ENVIAR A fcamillozzi@ospacp.org.ar

PARA PRESTADORES:

1. CONFECCIÓN DEL PRESUPUESTO:

EL PRESUPUESTO DEBE ESTAR CONFECCIONADO A NOMBRE DE **O.S.P.A.C.P.**

CUIT: 30-57962881-9 CHARCAS 2745 CABA. IVA EXENTO.

Debe contener los siguientes datos:

- Datos del Beneficiario (Nombre, apellido y CUIL).
- Número de CUIT o CUIL del prestador.
- Condición frente al Impuesto a las Ganancias, IVA e Ingresos Brutos.
- Fecha. Dirección, teléfono y mail.
- 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.).
- En el caso de las Instituciones, cuando incluya prácticas de diferentes especialidades, se deberá indicar la duración de cada sesión y la cantidad de sesiones por semana.
- 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, la cantidad 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 (punto de origen y de destino)
- 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.

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.

En el caso de cambio de importe por resoluciones de la SSSalud, no se deberá presentar un nuevo presupuesto, solo facturar el valor correspondiente. En el presupuesto presentado se debe incluir la leyenda: “Los importes se actualizarán según resoluciones de la SSSalud”.

2. **FACTURACIÓN:**

- La factura deberá ser confeccionada a nombre de O.S.P.A.C.P.

CUIT: 30-57962881-9 CHARCAS 2745 CABA. IVA EXENTO.

- En concepto indicar:

1. La prestación brindada.
2. Mes de prestación
3. Nombre Completo y CUIL del beneficiario
4. En el caso de los centros, se debe además detallar el módulo y la categorización correspondiente. En el caso de facturar comedor, deberá presentarse en una factura a parte.
5. 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.
6. Para el transporte deberá detallarse: Recorrido realizado (dirección de origen y destino), Valor unitario del Km, ***Cantidad total de Kms mensuales***. Cantidad de días viajados al mes, y costo mensual.
7. Deberá presentar trimestralmente, en forma obligatoria, un informe de seguimiento del tratamiento del beneficiario confeccionado por el prestador que brinda la atención.

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, POR EMAIL A LA CASILLA facturaciondiscapacidad@ospacp.org.ar

Las facturas enviadas después del 10 del mes, pueden ser liquidadas al siguiente mes, por los tiempos de auditoría de las mismas.

Todos los recibos de pago se deben enviar facturaciondiscapacidad@ospacp.org.ar

Forma de presentación:

Se deberá adjuntar:

- Factura y planilla de asistencia firmada por el prestador, y persona con discapacidad o familiar responsable / tutor.
- Cada tres meses, se deba adjuntar informe evolutivo.

Sólo se le dará curso a las facturas que sean legibles y tengan todos los datos completos.

Pueden enviar el archivo que genera el AFIP. Y en el caso de enviar en un solo archivo toda la documentación, les solicitamos que las facturas estén al principio de la documentación, que sea la primera hoja.

No hace falta enviar la factura firmada.

Si envían facturas de varios afiliados, se debe enviar la documentación separada por cada beneficiario.

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:

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:

MAIL:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE Y APELLIDO:

DIRECCION:

DIRECCION DE PARTIDA*:

DIRECCION DE 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:

*En estos casos de debe aclarar además, si se trata del domicilio del afiliado, la escuela o terapias.