

**OMINT**  
*2018*

Instructivo  
Discapacidad  
Normas

**PRESTACIONES DE  
REHABILITACIÓN**

## 1. OBJETIVO

El presente instructivo tiene como principal objetivo proteger la atención, educación y rehabilitación de las personas con discapacidad. Por este motivo enunciamos todos los pasos necesarios para iniciar un trámite por discapacidad, por lo que se sugiere en caso de no ser asignado a la evaluación de la Junta Interdisciplinaria, mostrar el presente instructivo a su médico tratante para evitar errores en la elaboración de las órdenes médicas.

Cabe destacar que de acuerdo a la Legislación vigente el profesional médico que prescribe los tratamientos y/o equipamientos es el responsable desde el punto de vista legal por los efectos de dichos tratamientos/equipamientos sobre el paciente a quien se los indicó. Por lo que se sugiere **indicar tratamientos con la debida justificación científica**.

Al recibir los instructivos el socio debe firmar la Constancia de Entrega del mismo **FOR SER ENF 012 Hoja 2**, su firma solo deja constancia de que se le ha entregado al socio toda la información del Programa de Discapacidad. Al momento de entregar la documentación para ser evaluada la cobertura deberán entregar firmada la **Hoja 1**.

## 2. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

De acuerdo a las normativas vigentes para poder acceder a las prestaciones que se brindan dentro del programa de discapacidad es **IMPRESINDIBLE** contar con un Certificado Único de Discapacidad emitido por autoridad competente **vigente**.

Cuando este CUD se vence es exclusiva responsabilidad del socio renovarlo con el tiempo suficiente para no perder las coberturas, **las mismas caducarán al vencer el mismo**.

La presentación de la solicitud correspondiente al ciclo 2018 debe realizarse para socios con Obra Social hasta el 28 de febrero 2018 para aquellos tratamientos anuales. Las prestaciones de rehabilitación serán autorizadas por periodos de 2 a 6 meses como máximo. Se solicitarán informes evolutivos para evaluar la continuidad de las mismas.

En caso de tratarse de un socio individual con prestaciones educativas debe cumplir con la misma fecha, pero para otro tipo de tratamientos lo deberá presentar hasta el 30 de Abril del mismo año.

Si usted va a solicitar autorización para prestaciones por primera vez o ante renovaciones, cambios de tratamientos o evaluaciones, OMINT se reserva el derecho de solicitar que realicen una entrevista con el equipo interdisciplinario de discapacidad con la finalidad de evaluar al socio.

### **NO SE HABILITARAN TRATAMIENTOS SIN CUMPLIR CON LA ENTREVISTA PREVIA CUANDO ASI SEA INDICADO.**

En caso de incorporarse una nueva prestación y/o realizar una modificación sobre un trámite en curso, la misma debe gestionarse con una anterioridad de 30 días a su inicio. En caso de solicitarse prestaciones por primera vez deberán entregar un informe evaluativo sobre las necesidades de dicha prestación.

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

Es importante que se le entregue al socio toda la documentación requerida por las normas para la autorización de las prestaciones, ya que la demora en aprobarse las mismas imposibilita su inicio.

Es nuestra obligación comunicarles que el Ministerio de Salud ha emitido el Decreto 904/2016 que crea un sistema de entrega ágil de fondos a los agente de salud que conforman el Fondo Solidario De Redistribución, con destino al pago de prestaciones con recuperio del Programa SUR (Sistema Único de Reintegro). Este decreto tiene vigencia desde el mes de Setiembre de 2016 y requiere cumplir una serie de requisitos por parte de los prestadores para poder estar incluidos en dicho sistema. La incorporación a este sistema por parte de los Agentes de Salud alcanzados es de carácter obligatorio.

Todos los pagos se realizarán mediante transferencia bancaria a una cuenta a nombre del prestador que brinde los servicios al socio discapacitado y facture directamente a una Obra Social los mismos. Los pagos al prestador serán realizados por transferencia electrónica una vez que la Obra Social haya recibido los fondos de la SSS destinados a abonar cada factura presentada.

Por tal motivo, los prestadores deberán presentar la constancia impresa de la CLAVE BANCARIA UNIFORME (CBU) que debe contener los datos del CBU y el detalle del o los titulares de la cuenta. El titular de la cuenta debe ser la misma persona física / jurídica que brinda la prestación según lo determinado por la SSS.

Cada factura debe presentarse en forma mensual, se recomienda la celeridad en la presentación ya que eso permitirá revisar los comprobantes y en caso de encontrar un error, solicitar la corrección sin afectar los plazos de pago. Es importante recalcar que las facturas deben presentarse mes a mes.

A partir que reciba la primera transferencia efectuada por este nuevo sistema, con cada presentación de la nueva factura deberá entregar un recibo de cobro cancelatorio sea cual fuere su tipo de contribuyente, de acuerdo a lo establecido por la SSS.

### 3. PRESUPUESTOS

El mismo debe ser **original**, acompañando de la Constancia de Inscripción en AFIP ([www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar)) – y constancia de inscripción en IIBB en caso de corresponder. La misma queda sujeta a la verificación efectuada el día del alta del prestador y de la emisión de la autorización para los prestadores que conforman la cartilla de discapacidad.

En el caso de tratamientos con sesiones, debe indicarse la cantidad de sesiones mensuales, el monto por sesión y el total mensual. De acuerdo al pedido médico y tomando 4 semanas al mes en caso de estar modulado por semana.

En caso de Institución debe detallar el tipo de jornada, Categorías A-B-C y el monto mensual. Debe indicarse el período en el cual se cubrirá la prestación.

#### 3.1 Presupuesto para instituciones y/o profesionales tratantes

- Modelo Instituciones FOR SER ENF 043
- Modelo Tratamientos Individuales FOR SER ENF 044
- Modelo Estimulación Temprana FOR SER ENF 042
- Modelo Rehabilitación MII/MIS FOR SER ENF 016

Debe contener los siguientes datos:

- Razón Social
- Domicilio de atención: indicando dirección y localidad
- Teléfono de contacto
- Condición frente al IVA
- Número de CUIT
- Número de Ingresos Brutos (dato obligatorio y excluyente)
- Cuenta Bancaria y CBU para realizar transferencia.
- E-mail para recibir autorizaciones y notificaciones.
- Firma y sello de la persona responsable de la institución prestadora y/o de los profesionales tratantes.

## 4. MODALIDADES PRESTACIONALES

### 4.1 Prestaciones Ambulatorias

#### 4.1.1 Tratamientos de Rehabilitación Modulado

- Los tratamientos de rehabilitación podrán ser brindados por las siguientes especialidades:
  - Kinesiología
  - Psicología
  - Psicopedagogía
  - Fonoaudiología
  - Terapeuta Ocupacional
  - Musicoterapeuta
  - Psicomotricista
  - Estimulación Temprana
- Los tratamientos deben ser solicitados por la especialidad del terapeuta y no por el tipo de terapia que se desarrollará.
- Deben presentar una orden por cada modalidad solicitada. **FOR SER ENF 038**
- Cada prestador deberá indicar días y horarios propuestos de atención, los mismos serán **tomados exactamente** como los informan para corroborar el cronograma de atención presentado, de producirse cambios deberán ser notificados. Ya que la falta de congruencia en el cronograma o la imposibilidad de realizarlo tomando en cuenta tiempos de traslado, descanso, alimentación, etc. Generará demoras en la autorización e implicará la re confección de los pedidos con esquemas lógicos y que no comprometan la salud del socio involucrado. Deberán completar el formulario **FOR SER ENF 011**
- Se considera que cada sesión implica una **carga horaria mínima de 45 a 60 minutos**, no se aceptará que consideren 2 sesiones consecutivas para cumplir con ese tiempo.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)
- Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria (kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia, psicomotricidad, psicopedagogía, psicología y estimulación temprana) cuando sean solicitadas para todo el año, serán reconocidas por 11 (once) meses al año (febrero a diciembre). Esto en función de los períodos vacacionales y la necesidad de descanso del paciente. Además se solicitarán informes evolutivos para determinar la continuidad del tratamiento según sea la evolución del paciente.
- Es importante tener en cuenta que no se autorizarán tratamientos de rehabilitación de carácter ambulatorio con una cantidad de sesiones de forma ilimitada debido a que las normativas de la SSS modulan estos tratamientos.

#### 4.1.2 Módulo de Atención Ambulatoria

Cuando el beneficiario reciba atención en más de una especialidad, se reconocerá la modalidad como Atención Ambulatoria Modulada con los siguientes dispositivos según estipula la SSS:

- a) **Tratamiento Integral Simple:** cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes) 4 sesiones por semana como máximo.
- b) **Tratamiento Integral Intensivo:** comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes) 5 sesiones como mínimo, pudiendo llegar a 8 sesiones por semana como máximo si el paciente lo requiere.

En caso de tratarse de varias prestaciones individuales, las mismas deberían ser brindadas por una Institución categorizada por el SNR para poder brindar el Módulo Integral Simple o Intensivo.

Cuando no se cuente con prestadores habilitados por el SNR para brindar esta modalidad se tomarán las prestaciones brindadas por profesionales individuales en conjunto amparadas bajo un Módulo Integral Simple (20 sesiones mensuales) o un Módulo Integral Intensivo (34 sesiones mensuales).

#### 4.1.3 Prestación de Apoyo

- Esta modalidad implica la cobertura de **UNA** terapia ambulatoria como complemento o refuerzo de una prestación principal de las incluidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad.
- Se autorizarán 20/24 sesiones mensuales para la prestación que reciba el socio como “prestación de apoyo única” cuando exista una prestación principal.
- El máximo de horas de prestación de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales y se tomarán 4 semanas por mes de acuerdo a las normativas de la SSS.
- La solicitud de esta prestación deberá estar debidamente justificada en el plan de tratamiento respectivo, y para ser considerada como tal deberá tratarse de una sola especialidad y brindarse fuera del horario de atención de la prestación principal.
- Se considera que cada sesión implica una **carga horaria mínima de 45 a 60 minutos** no se aceptará que consideren 2 sesiones consecutivas para cumplir con ese tiempo.
- En caso de CET Jornada doble, solo se podrá presentar una prestación de apoyo al mismo (kinesiología, terapia ocupacional, etc.).

#### 4.1.4 Estimulación Temprana

Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad.

Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 0 a 4 años de edad cronológica. Eventualmente hasta 6 años de edad cuando los test realizados demuestran una edad cronológica inferior.

Se considera que cada sesión implica una **carga horaria mínima de 45 minutos**. El módulo tiene un máximo de 3 sesiones semanales, por lo que se deberá aclarar la frecuencia de dichas prácticas.

Esta prestación debe ser brindada por una Institución acreditada y estar a cargo de un terapeuta en Estimulación Temprana, en el marco de un equipo interdisciplinario. Se deben detallar los distintos profesionales intervinientes.

De acuerdo a la Resolución 1328/06, el equipo básico que brindará la prestación estará conformado por:

- Médico pediatra y/o neurólogo infantil
- Terapeuta especializado en estimulación temprana, con un título de postgrado a partir de su título habilitante (fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Psicólogo, kinesiólogo, psicomotricista, terapeuta ocupacional, etc.) o profesores en educación especial con especialización o tecnicatura en estimulación temprana con título oficial.

#### 4.1.5 Hospital de Día

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación.

Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos.

#### 4.1.6 Centro de Día

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

Destinado a Niños, jóvenes y/o adultos con discapacidades con diagnóstico funcional severos y/o profundos, y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

La concurrencia debe ser diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

## 4.2 Documentación para Prestaciones Ambulatorias

- Nota Manuscrita en original del titular solicitando la prestación, la misma debe confeccionarse con fecha anterior al inicio de la prestación requerida y debe indicar específicamente la modalidad solicitada, cantidad de sesiones, frecuencia de atención y el periodo por el cual se solicita la cobertura. No debe contener enmiendas ni tachaduras sin salvar
- **Prescripción médica** en original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad solicitada, cantidad de sesiones, frecuencia de atención y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FOR SER ENF 038**
- **Resumen de Historia Clínica** en original con fecha anterior al inicio de la prestación **FOR SER ENF 008**
- **Presupuesto** de la institución/profesional en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable.
  - o **FOR SER ENF 044 Profesionales individuales**
  - o **FOR SER ENF 016 Rehabilitación Módulo Simple/Intensivo**
  - o **FOR SER ENF 042 Módulo de Estimulación Temprana**
  - o **FOR SER ENF 043 Rehabilitación en Instituciones**
- **Plan de trabajo** a desarrollar indicando objetivos terapéuticos. **FOR SER ENF 015**
- **Consentimiento** por el plan de tratamiento suscripto por el socio o su representante y por el profesional actuante y/o responsable de la institución, con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda.
  - o **FOR SER ENF 040 Consentimiento Instituciones Hospital de día/Centro de Día**
  - o **FOR SER ENF 007 Consentimiento tratamientos Individuales**
  - o **FOR SER ENF 039 Consentimiento Rehabilitación MIS/MII**
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (Art. 29 – Ley 23.660) en el caso de profesionales. Esto incluye a los profesionales kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, Terapeuta ocupacional, psicomotricistas, musicoterapeutas y psicólogos.
- Cuando se trate de Instituciones se deberá presentar Constancia de Inscripción vigente con el texto completo y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación. También deberán adjuntar el dictamen de categorización
- Los profesionales que realizan tratamientos individuales de rehabilitación deberán adjuntar el correspondiente título habilitante Universitario o terciario.
- En todos los casos deben adjuntar seguro de mala praxis vigente, póliza y pago al día.
- En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el causante (simple o doble), debiendo especificarse si se incluye almuerzo y / o colación diaria. El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
- Escala FIM si se solicita dependencia. **FOR SER ENF 014** y **FOR SER ENF 006**.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)
- Al inicio de un tratamiento informe evaluativo de las necesidades de esa prestación.
- En el caso de continuidad de tratamientos, informe evolutivo según autorización, máximo cada 6 meses.

### 4.3 Prestaciones Especiales

#### Hidroterapia

- La prestación será habilitada cuando el paciente presente patología motora y durante un período de tiempo nunca mayor a un año.
- La prestación deberá brindarse en Instituciones de Salud o en piletas habilitadas para tal fin por el Servicio Nacional de Rehabilitación o por el Ministerio de Salud jurisdiccional.
- En el caso de piletas habilitadas para rehabilitación por autoridad competente, pero no habilitadas por el SNR será excluyente que el profesional a cargo de la prestación deba ser indefectiblemente kinesiólogo, psicomotricista o fisiatra.
- Se aclara que los profesores de educación física no están habilitados para brindar tratamientos de rehabilitación por lo que la prestación NO será habilitada a cargo de estos profesionales.
- Las actividades realizadas en natatorios comunes no son terapias de rehabilitación física y no están normatizadas por entidades que acreditan prestadores de salud, lo que imposibilita su control de calidad y medidas de seguridad para socios con capacidades diferentes. Quien determina esta acreditación es el Servicio Nacional de Rehabilitación.

#### Equinoterapia

- No será habilitada la cobertura de EQUINOTERAPIA, por no ser una prestación reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación.
- Se trata de una terapia que no presenta evidencia científica que sustente su cobertura. Además, no se encuentra regulado su funcionamiento por ningún ente de salud. Esto determina que no existan normativas que la regulen, controles, habilitaciones o normativas de calidad que permitan categorizarlos y controlar la calidad de su prestación y medidas de seguridad.
- No existen normativas que determinen que título profesional debe tener quien realizara la rehabilitación del paciente. No es posible evaluar la idoneidad de la persona que brindará prestaciones de rehabilitación en esta área.
- Quien determina esta acreditación es el Servicio Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Salud o Servicio Nacional de Rehabilitación según competencia.

#### Terapia Cognitivo Conductual

Es importante destacar que se trata de una técnica, no de una especialidad.

En la documentación solicitada se deberá nombrar la especialidad (por ejemplo: psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional) y luego detallar la modalidad de abordaje (cognitivo conductual).

En lo que respecta a la documentación del profesional que brinde el tratamiento, deberá presentar, además del título y la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, la acreditación de la formación en la técnica cognitivo conductual.

## 5. DEPENDENCIA

Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulacion, conforme el índice de independencia funcional (FIM); por lo que deben completarse los formularios **FOR SER ENF 014** y **FOR SER ENF 006** en caso de solicitarla.

La escala FIM debe ser confeccionada por profesional idóneo, es decir, fisiatra o neurólogo. En caso de patologías dentro del área de la Salud Mental podrá ser completado por médico psiquiatra. No se aceptarán escalas FIM que hayan sido completadas por otros especialistas.

El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 (seis) años de vida con escala FIM, antes de debe hacer con escalas específicas.

El FIM no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia para las modalidades

- Centro de Día

## 6. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestación contemplada dentro del Programa de discapacidad ya otorgada, la documentación debe remitirse con hasta 30 días de anterioridad a la novedad. Deberán presentar para ello el **FOR SER ENF 017**

- Nota del socio titular solicitando dicho cambio.
  - o Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
  - o Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
  - o Firma, aclaración y número de documento del titular
- Documentación pertinente al nuevo prestador - Presupuesto, Consentimiento, Nuevo Proyecto de trabajo con objetivos, Acta acuerdo, Título habilitante, inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y/o categorización de la institución, etc (según corresponda a la modalidad).
- Todo cambio de profesional tratante o de prestaciones educativas, deberá ser solicitado y justificado por el médico de cabecera.
- Se autorizarán hasta dos cambios de prestador por año junto a la presentación de la justificación correspondiente.

## 7. RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA

No se recepcionarán solicitudes con documentación faltante, incompleta o incorrecta. En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad, se procederá al reclamo correspondiente. Dicho reclamo se realizará desde la sucursal donde fueron atendidos, debiendo cumplimentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al expediente.

Eventualmente el equipo interdisciplinario solicitará documentación/información ampliatoria por las prestaciones solicitadas, si lo considera necesario para determinar cobertura.

# Instructivo Discapacidad

## Normas

### 1. OBJETIVO PRESTADORES

El presente instructivo tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para realizar la facturación de las prestaciones autorizadas por el Programa de discapacidad de OMINT S.A. según sea informada para cada caso.

Para evitar inconvenientes en la liquidación y circuito de pago, se solicita el cumplimiento del presente sin excepción, debido a que nos encontramos obligados a cumplir con los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por AFIP y las normas exigidas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

### LINEAMIENTOS GENERALES

#### No Se Aceptará En Las Facturas

- Enmendadas – Tachadas – Borradas – Corregidas con liquid paper (o correctores similares) – Rotas o Manchadas.
  - o En caso de realizarse un cambio de tinta, se deberá validar con firma y sello.
  - o Toda enmienda debe ser salvada con firma y sello del responsable legal.
- Emitidas para distintos asociados (se debe confeccionar una por socio).
- Facturas que excedan el monto presupuestado y autorizado.
- Facturas sin trámite autorizado por el programa de discapacidad.
- Que no sean mensuales ya que no puede contener distintos períodos (mes/año).
- Facturas donde plasmen condición de pago.
- Que el N° de CUIT no coincida con el que fue presentado con la documentación inicial.
- Que difiera la condición ante el IVA entre el comprobante y la constancia de inscripción presentada y/o su verificación en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar)
- Que no detallen el Nombre y N° de documento/CUIL del socio a quien se brinda la prestación con el detalle de la prestación brindada y el importe según resolución vigente.

#### Se debe recordar que

- La facturación deberá presentarse entre los días 1° y 10° de cada mes vencido.
- No se aceptará la facturación de servicios por adelantado o facturaciones parciales.
- Que el prestador se encuentra obligado a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP.
- Al momento del pago el prestador deberá entregar un Recibo Cancelatorio por cada Factura emitida o por varias facturas correspondientes al mismo mes.
- Teniendo presente el sistema de INTEGRACION también se deberá realizar un desglose por agente de salud al que se factura.

La facturación deberá ser presentada prolijamente y con letra legible, dirigidas a nombre de OMINT S.A. cuando se trata de socios individuales y a nombre de la Obra Social que corresponda, la cual figura en el carnet del socio. Los datos de facturación de cada agente de salud serán proporcionados por el personal de OMINT S.A. o pueden ser solicitados al mail [integración@omint.com.ar](mailto:integración@omint.com.ar)

Caso contrario se procederá a la impugnación de la factura.

## Documentación requerida para facturar

A continuación se recuerda la documentación requerida actualmente para facturar las prestaciones autorizadas en concepto de prestaciones brindadas por discapacidad conforme las disposiciones impositivas.

### Comprobante contable

#### Prestadores Inscriptos:

• **Original** de factura electrónica “TIPO A”, que debe contener **fecha de emisión** (posterior al mes de prestación) con CAI/CAE vigente en caso de facturar directo a OMINT S.A. (Socios individuales)

**En la descripción o cuerpo de la factura:** Nombre de socio a quien se brinda la prestación – Periodo facturado (MM/AAAA).

El pago del mes siguiente indefectiblemente se realizará contra presentación del Recibo cancelatorio del último mes percibido TIPO X o A que contenga:

- Fecha de pago
- Detalle de todos los Nro/s de factura/s que cancela con su importe parcial
- Detalle de los débitos parciales efectuados y/o retenciones impositivas efectuadas
- Importe recibido
- Datos de la transferencia.
- Firma y aclaración del prestador.

• **Original** de factura electrónica “TIPO B”, que debe contener **fecha de emisión** (posterior al mes de prestación) con CAI/CAE vigente cuando se solicite que facture a nombre de una Obra Social.

**En la descripción o cuerpo de la factura:** Nombre de socio a quien se brinda la prestación – Periodo facturado (MM/AAAA).

El pago indefectiblemente se realizará contra presentación del Recibo cancelatorio del último mes percibido TIPO X o B que contenga:

- Fecha de pago
- Detalle de todos los Nro/s de factura/s que cancela con su importe parcial
- Detalle de los débitos parciales efectuados y/o retenciones impositivas efectuadas
- Importe recibido
- Datos de la transferencia.
- Firma y aclaración del prestador.

#### Prestadores Monotributistas

• **Original** de Factura “TIPO C” con CAI/CAE vigente (para formularios impresos a partir del 01/11/2014) que debe contener fecha de emisión (posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario).

Resto de los requisitos igual a los ya detallados.

El pago indefectiblemente se realizará contra presentación del Recibo cancelatorio del último mes percibido TIPO C original que contenga:

- Fecha de pago
- Detalle de todos los Nro/s de factura/s que cancela con su importe parcial
- Detalle de los débitos parciales efectuados y/o retenciones impositivas efectuadas
- Importe recibido
- Datos de la transferencia.
- Firma y aclaración del prestador.

### Prestadores Exentos

• **Original** de Factura “TIPO C” con CAI/CAE vigente (para los formularios impresos a partir del 01/05/2015), que deberá contener **fecha de emisión** (posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario).

Resto de los requisitos igual a los ya detallados.

El pago indefectiblemente se realizará contra presentación del Recibo “Tipo X” original del último mes percibido, que contenga:

- Fecha de pago
- Detalle de todos los Nro/s de factura/s que cancela con su importe parcial
- Detalle de los débitos parciales efectuados y/o retenciones impositivas efectuadas
- Importe recibido
- Datos de la transferencia.
- Firma y aclaración del prestador.

**IMPORTANTE:** Informamos que toda facturación que se presente será ingresada con un sello, dejando constancia que su recepción no implica conformidad, quedando sujeta esta documentación a revisión, verificación y aprobación. La factura puede ser adelantada por mail cuando es electrónica, pero hasta nuevo aviso se requiere su presentación física en la mesa de entrada de OMINT S.A. sita en la calle Tte. Gral. J.D. Perón 1739 PB. CABA.

Los recibos que se emitan NO podrán cancelar facturas correspondientes a distintos años de prestación.

Toda factura que no cuente con los datos mencionados en éste instructivo quedará pendiente de auditoría hasta tanto el prestador se acerque a completar los datos faltantes. En dichos casos se los llamará para completar los datos y tendrán un plazo de 10 (diez) días corridos para solucionarlo. Caso contrario la factura será impugnada y deberán refacturar correctamente.

Las facturas deberán presentarse con la copia de la autorización emitida correspondiente al asociado y al periodo facturado, cuando se trata de prestadores contratados directamente por OMINT S.A. Ya se trate de una autorización remitida desde el Centro de Autorización o tramitada por medios electrónicos.

Deben presentar el formulario de datos del prestador completo para poder comenzar a facturar. Junto con el formulario se deberá adjuntar constancia de CBU emitida por entidad bancaria donde figuren los datos del titular de la cuenta e Inscripción en AFIP. La cuenta bancaria debe pertenecer indefectiblemente a la persona que figure en el alta y quien le brindase la prestación.  
**FOR SER ENF 046**

### Requisitos para Facturación:

El detalle de la factura debe contar indefectiblemente con los siguientes datos:

- Fecha de emisión (posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario)
- Nombre, Apellido y DNI del asociado causante.
- Período facturado (indicar mes y año).
- Prestación brindada (según autorización).
- Modalidad Prestacional y particularidades.
- En caso de presentar facturación por módulos, deberán detallarse las prestaciones y sesiones que lo conforman.
- Valor mensual.
- Indicar N° de resolución vigente.

No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales efectuados ante la falta de constancia de realización de cualquier tipo de prestación.

**IMPORTANTE: SÓLO SE ACEPTARÁN FACTURAS CON VALORES INDIVIDUALES QUE COINCIDAN CON LO PRESUPUESTADO, CASO CONTRARIO SE PROCEDERÁ A LA IMPUGNACIÓN.**

Los proveedores que brinden prestaciones en Instituciones categorizadas deben detallar en la factura la categoría de la Institución.

Deberán presentar una nota de informe, en el período que el socio no asista o no se le preste servicios por alguna contingencia, donde consten los motivos por los cuales no asistió.

#### Constancia de asistencia por modalidad

##### Centro de día – Hospital de Día:

La institución deberá presentar la constancia original de asistencia suscripto por el Director o Representante Legal, y avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI de padre/madre o tutor del asistido.

Sólo para estas modalidades, se reconocerá un período de hasta 60 días corridos de inasistencia POR ENFERMEDAD cuando se encuentre debidamente justificado con Certificado Médico y constancia firmada por un padre/madre o tutor del asistido (RESERVA DE VACANTE).

No se aceptarán constancias de asistencia que hayan sido firmadas en su solo acto. Reservándose el agente de salud la posibilidad de realizar auditorías de terreno cuando se detecten irregularidades. FOR SER ENF 013

##### Atención ambulatoria (Módulos Integrales, Prestación de apoyo, Estimulación temprana, etc.)

Se deberá presentar planilla de asistencia original especificando sesiones mensuales brindadas y fecha de realización. Las mismas deberán estar avaladas por padre/madre o tutor del asistido con firma, aclaración, vínculo y DNI. El detalle de cada terapia deberá estar acreditado mediante firma y sello del profesional interviniente y no se considerará válida la sola firma del responsable de la institución. La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, razón por la cual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada. No se aceptarán constancias de asistencia que hayan sido firmadas en su solo acto. Reservándose el agente de salud la posibilidad de realizar auditorías de terreno cuando se detecten irregularidades. FOR SER ENF 013/041

#### Ajustes de facturación – débitos

Las facturas que sean objeto de **débito total, (impugnación)** no serán devueltas, sin excepción.

Se deberá presentar una nota en el período que el socio no asista o no se le preste servicios por alguna contingencia donde consten los motivos por los cuales no asistió.

#### Forma de pago

Todas las prestaciones que sean ingresadas por el SISTEMA DE INTEGRACION serán abonadas por transferencia bancaria desde el agente de salud correspondiente en aproximadamente 60 días, dependiendo este pago de la liquidación que efectúa previamente la SSS.

Aquellas prestaciones que sean facturadas directamente a OMINT serán abonadas con la metodología acordada previamente con el sector de contrataciones de OMINT S.A.

**NOTA: SE PROVEERÁ DE TODOS LOS FORMULARIOS QUE DEBAN UTILIZARSE.**