



**OMINT**

Instructivo  
Discapacidad  
Normas

**PRESTACIONES -  
DISPOSITIVOS DE  
INTERNACIÓN**

## 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 deberá entregar firmada la **Hoja 1**.

## 2. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA EN EL PROGRAMA DE 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.

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 HABILITARÁN TRATAMIENTOS SIN CUMPLIR CON LA ENTREVISTA PREVIA CUANDO ASÍ 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.

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 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

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

#### Internaciones

#### 4.1 Hogar / Hogar con Centro de Día / Hogar con CET (permanente o de lunes a viernes)

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad **sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente**.

Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de auto-valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

En caso de solicitar alguna de estas modalidades, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada. El profesional debe indicar claramente los motivos que hacen imposible la permanencia del beneficiario en su hogar. Dicho requisito es **excluyente**.

En caso que el beneficiario involucrado tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.

El médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar.

Finalmente, será necesario realizar un informe socio – ambiental – económico, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar. El mismo será realizado por el equipo de Trabajadores Sociales de OMINT S.A. y estará sujeto a consideración por parte del agente de salud para determinar cobertura.

Cada especialidad o modalidad prestacional solicitada debe contar con su proyecto de trabajo con objetivos personalizados en original. Ej. Si se solicita concurrencia a Hogar con Centro de Día, se deberá enviar proyecto de trabajo por ambas modalidades.

## 4.2 Residencia

Se entiende por residencia a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

Está destinado a personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema. Asimismo, podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad.

La modalidad de cobertura es por

- 1) Módulo de alojamiento permanente.
- 2) Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

## 4.3 Pequeño hogar

Se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y/o con grupo familiar no continente.

Está destinado a personas discapacitadas a partir de los 3 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.

La modalidad de cobertura es

- 1) Módulo de alojamiento permanente.
- 2) Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

Se deberá adjuntar, a la historia clínica de discapacidad, informe social, que avale la necesidad del módulo hogar, emitido por licenciado en trabajo social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

## Documentación para Hogares / Residencia / Pequeño Hogar

- Nota Manuscrita en original del socio titular solicitando la prestación, la misma debe confeccionarse con fecha anterior al inicio de la prestación requerida y debe indicar específicamente la modalidad 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, tipo de asistencia (Permanente o de Lunes a Viernes) y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FOR SER ENF 020/038**
- Se debe indicar el tipo de jornada que realizará el Socio, debiendo especificarse el tipo de asistencia (Permanente o de Lunes a Viernes). El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
- Informe Socio-ambiental realizado por personal independiente, sin membretes ni sellos institucionales.
- **Resumen de Historia Clínica** en original con fecha anterior al inicio de la prestación. **FOR SER ENF 008**
- **Presupuesto** de la institución en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FOR SER ENF 043**
- **Plan de trabajo** a desarrollar indicando objetivos terapéuticos. **FOR SER ENF 015**

- **Consentimiento** por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por el 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. **FOR SER ENF 040**
- Se deberá presentar 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.
- En caso de que la institución se encontrara inscrita en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud, copia de la correspondiente resolución.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

#### 4.4 Internación en Rehabilitación

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de **un proceso de duración limitada y con objetivos definidos**, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentando por un equipo multidisciplinario”

La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.

En caso de solicitar INTERNACIÓN EN REHABILITACIÓN, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada.

#### Documentación para Internación en Rehabilitación

- Nota Manuscrita en original del socio titular solicitando la prestación, la misma debe confeccionarse con fecha anterior al inicio de la prestación requerida y debe indicar específicamente la modalidad 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 y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FOR SER ENF 038**
- El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
- **Resumen de Historia Clínica** en original con fecha anterior al inicio de la prestación. **FOR SER ENF 008**
- **Presupuesto** de la institución en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FOR SER ENF 043**
- **Plan de trabajo** a desarrollar indicando objetivos terapéuticos. **FOR SER ENF 015**
- **Consentimiento** por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por el 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. **FOR SER ENF 040**
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (Art. 29 – Ley 23.660). 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.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

## 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 deambulación, conforme el índice de independencia funcional (FIM); por lo que deberán 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 aceptará cuando sea completada 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

- Hogar
- Hogar con Centro de Día
- Hogar con Centro Educativo Terapéutico

## 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 DOCUMENTACIÓN 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.**

## 8. CUIDADOS DOMICILIARIOS

Esta Prestación está destinada a socios titulares y/o familiares directos con CUD que por su condición sanitaria, externación de instituciones sanatorias, requieren de la asistencia de un equipo interdisciplinario para su asistencia en el domicilio.

Se contempla la prestación según la complejidad del cuadro del paciente y los requerimientos establecidos por su médico tratante.

Los cuidados que se brindan son de carácter profesional, no reemplazan los cuidados a cargo de la familia como higiene, alimentación y confort.

### Requisitos a cumplimentar para el otorgamiento de la Prestación:

- 1.- Nota donde el socio titular solicita la Prestación, especificando motivos de su solicitud, identificando para quien está destinado la prestación, domicilio del mismo y teléfono de contacto.
- 2.- Fotocopia de documento de identidad del solicitante y familiar a cargo
- 3.- Constancia actualizada del ANSES de no poseer otro beneficio previsional y/o afiliación obra social vigente (Certificación Negativa) de la persona para quien se solicita el beneficio.
- 4.- De contar con afiliación a otra Obra Social, deberá presentar constancia extendida por dicha Obra Social, en la que acredite no contar con la Prestación de Internación Domiciliaria.
- 5.- Cumplimentar con Historia Clínica por médico tratante. **FOR SER ENF 008**
- 6.- Fotocopia de Certificado de Discapacidad legible.

La documentación será evaluada por el equipo Interdisciplinario del Área de Discapacidad para determinar su cobertura. De considerarse necesario se realizarán evaluaciones en domicilio por profesionales de distintas áreas contratados para este fin.

Una vez efectuada la evaluación médico-social, establecida y aprobado la cobertura que el socio requiere, se le asignará la Empresa prestadora de los servicios.

La Prestación tiene vigencia por 12 meses o período menor si así se indicara, todas las prestaciones rigen hasta el 31 de Diciembre de cada año, debiendo el socio renovar la Prestación al año siguiente según su necesidad.

# 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 habilitado 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. cita 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.

### Prestadores nuevos

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:

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**

**Internación (lunes a viernes, lunes a sábados, permanente), Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con centro educativo Terapéutico, etc.:**

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

En el caso de prestaciones por drogadependencia deberán adjuntar un informe de evolución mensual. En la factura se debe aclarar los días facturados.

#### 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.**