

**OMINT**

Instructivo  
Discapacidad  
Normas

**PRESTACIONES  
EDUCATIVAS**

## 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 la evaluación de la cobertura deberá entregar 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 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.

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 recupero 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 prestaciones por hora, debe indicarse la cantidad de horas mensuales, el monto por hora y el total mensual.

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 Educativas FOR SER ENF 033
- Modelo Maestro de Apoyo FOR SER ENF 032

Debe contener los siguientes datos, por favor completar el formulario correspondiente:

- 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 Educación Inicial

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

Solo se autorizarán en Instituciones de Educación Especial. No se dará cobertura a las prestaciones educativas solicitadas en Instituciones de Educación común de gestión privada según Decreto 762/97 del Poder Ejecutivo Nacional. Ya que debe ser cubierta exclusivamente cuando la misma no esté asegurada a través del sector público.

Cuando los padres presenten la documentación que confirma la **NO existencia de vacantes en el sector público**, se contemplarán los prestadores privados. En estos casos solo se reconocerá el pago de la cuota correspondiente a las actividades curriculares o programáticas, quedando el costo de las actividades extra programáticas a cargo de los padres.

Solo se reconocerán 10 (diez) meses completos más matrícula.

## 4.2 Educación General Básica

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

Solo se autorizarán en Instituciones de Educación Especial. No se dará cobertura a las prestaciones educativas solicitadas en Instituciones de Educación común de gestión privada según Decreto 762/97 del Poder Ejecutivo Nacional. . Ya que debe ser cubierta exclusivamente cuando la misma no esté asegurada a través del sector público.

Cuando los padres presenten la documentación que confirma la **NO existencia de vacantes en el sector público**, se contemplarán los prestadores privados. En estos casos solo se reconocerá el pago de la cuota correspondiente a las actividades curriculares o programáticas, quedando el costo de las actividades extra programáticas a cargo de los padres.

Solo se reconocerán 10 (diez) meses completos más matrícula.

## 4.3 Formación Laboral considerando todas las variantes prestacionales

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

Está destinado a adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y 24 años de edad cronológica, aproximadamente.

Las personas con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad, podrán beneficiarse de la formación laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

### Documentación para Prestaciones Educativas

- 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 020**
- En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el socio (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.
- **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 033**
- **Plan de trabajo** a desarrollar indicando objetivos. **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 035**
- 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.
- Constancia de Alumno Regular.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)
- Informe Evolutivo.

#### 4.4 Apoyo a la Integración Escolar

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de los niveles reconocidos por el Ministerio de Educación como obligatorios, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin.

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente), hasta la finalización del nivel de educación secundaria.

Las autorizaciones emitidas podrán ser dadas de baja unilateralmente al verificarse el incumplimiento de este requisito durante el transcurso del año lectivo.

El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

##### Documentación para Apoyo a la Integración Escolar

- 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
- **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 020**
- En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el socio (simple o doble). 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 031**
- Carga horaria y cronograma semanal de asistencia.
- **Proyecto de trabajo** con sus objetivos y **adaptaciones curriculares**, firmado por la institución a cargo del AIE y por la máxima autoridad del establecimiento de escolaridad común. **FOR SER ENF 015**
- Acta Acuerdo, firmada en original por un representante de la institución a cargo del AIE, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el padre o madre del socio (todas las firmas y sellos en original). **FOR SER ENF 030**
- 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 034**
- 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.
- **Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)**
- **Constancia de Alumno Regular.**
- **Informe Evolutivo.**

##### Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar:

- Instituciones categorizadas para la modalidad AIE
- CET con Integración Escolar
- Instituciones categorizadas para las modalidades Educación Inicial y Educación General Básica

A los efectos de facilitar la presentación del trámite con la anticipación necesaria, puede presentarse en una primera instancia la constancia de matriculación para el ciclo lectivo del año solicitado y una vez comenzado el año, la constancia de alumno regular de la ESCUELA DE EDUCACIÓN COMÚN.

Solo se autorizará el mes de marzo con esta documentación, de NO presentar la **constancia de alumno regular** se dará de baja la autorización.

De no cumplirse la asistencia a escuela común, el agente de salud se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

Una vez presentada dicha constancia de alumno regular se autorizará la prestación hasta diciembre del corriente año.

#### 4.5 Maestro/a de Apoyo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente), hasta la finalización del nivel de educación secundaria.

Las autorizaciones emitidas podrán ser dadas de baja unilateralmente al verificarse el incumplimiento de este requisito durante el transcurso del ciclo lectivo. El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora.

Esta prestación solo será autorizada si es brindada por maestras especiales o psicopedagogas.

#### Documentación para Maestro de Apoyo

- 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.
- **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 020**
- En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el causante (simple o doble). 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** del profesional actuante, en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FOR SER ENF 032**
- Carga horaria y cronograma semanal de asistencia
- Proyecto de trabajo con sus objetivos y **adaptaciones curriculares**, firmado por el profesional a cargo del módulo y por la máxima autoridad del establecimiento de escolaridad común. **FOR SER ENF 015**
- **Acta Acuerdo**, firmada en original por el profesional a cargo del módulo, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas y sellos en original). **FOR SER ENF 030**
- **Consentimiento** por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por el profesional actuante 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 034**
- Los profesionales que brinden esta modalidad deberán adjuntar el correspondiente título habilitante (maestra/o especial). Cuando corresponda, deberán además remitir fotocopia del Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (psicopedagogas). Junto a la documentación se debe presentar el analítico con las materias aprobadas.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)
- Informe Evolutivo.

#### Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo:

- Profesionales con incumbencias acordes a la discapacidad del beneficiario, con formación docente o psicopedagogo.
- El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

A los efectos de facilitar la presentación del trámite con anticipación, puede presentarse en una primera instancia la constancia de matriculación para el ciclo lectivo solicitado y una vez comenzado el año, la **constancia de alumno regular de la ESCUELA DE EDUCACIÓN COMÚN** correspondiente al ciclo lectivo en curso.

Solo se autorizará el mes de marzo con esta documentación, de **NO** presentar la constancia de alumno regular se dará de baja la autorización.

Una vez presentada dicha constancia de alumno regular se autorizará la prestación hasta diciembre del corriente año.

De no cumplirse la asistencia a escuela común, el agente de salud se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

No se aceptarán como maestros de apoyo a psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, musicoterapeutas o docentes de nivel inicial.

#### 4.6 Centro Educativo Terapéutico

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

La edad de concurrencia oscila entre los 4 años y los 24 años.

No corresponde la presentación de matrícula.

En caso de CET Jornada doble, solo se podrá presentar una prestación de apoyo al mismo (kinesiología, terapia ocupacional, etc.). No se autorizará Módulo Integral Intensivo o Simple.

##### Documentación para Centro Educativo Terapéutico

- 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 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 020**
- 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.
- 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 033**
- **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 035**
- 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 inscripta en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud, copia de la correspondiente resolución (texto completo).
- **Escala FIM** si se solicita dependencia. **FOR SER ENF 014/006**
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)
- Informe Evolutivo.

## 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 deambulaci3n, conforme el 3ndice de independencia funcional (FIM) Por lo que deben presentarse los formularios **FOR SER ENF 014** y **FOR SER ENF 006** en caso de solicitar dependencia.

La escala FIM debe ser confeccionada por profesional id3neo, es decir, fisiatra o neur3logo. En caso de patolog3as dentro del 3rea de la Salud Mental podr3 ser completado por m3dico psiquiatra. No se aceptar3n escalas FIM que hayan sido completadas por otros especialistas.

El grado de dependencia es una condici3n que se eval3a a partir de los 6 (seis) a3os de vida con escala FIM, antes de debe hacer con escalas espec3ficas.

El FIM no acredita dependencia, la misma ser3 evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditor3a T3cnica en Discapacidad.

S3lo se reconocer3 arancel adicional por dependencia para las modalidades

- Centro Educativo Terap3utico

## 6. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestaci3n contemplada dentro del Programa de discapacidad ya otorgada, la documentaci3n debe remitirse con hasta 30 d3as de anterioridad a la novedad. Deber3n 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, aclaraci3n y n3mero de documento del titular.
- Documentaci3n pertinente al nuevo prestador - Presupuesto, Consentimiento, Nuevo Proyecto de trabajo con objetivos, Acta acuerdo, T3tulo habilitante, inscripci3n en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y/o categorizaci3n de la instituci3n, etc (seg3n corresponda a la modalidad).
- Todo cambio de profesional tratante o de prestaciones educativas, deber3 ser solicitado y justificado por el m3dico de cabecera.
- Se autorizar3n hasta dos cambios de prestador por a3o junto a la presentaci3n de la justificaci3n correspondiente.

## 7. FALTA DE ESCOLARIZACI3N.

Se cuenta en la Rep3blica Argentina con Ley 26.206 que regula el ejercicio del derecho de ense3ar y aprender consagrado por el art3culo 14 de la Constituci3n Nacional y los tratados internacionales incorporados a ella, conforme con las atribuciones conferidas al Honorable Congreso de la Naci3n en el art3culo 75, incisos 17, 18 y 19, y de acuerdo con los principios que all3 se establecen y los que en esta ley se determinan. La educaci3n y el conocimiento son un bien p3blico y un derecho personal y social, garantizados por el Estado.

La educaci3n es una prioridad nacional y se constituye en pol3tica de Estado para construir una sociedad justa, reafirmar la soberan3a e identidad nacional, profundizar el ejercicio de la ciudadan3a democr3tica, respetar los derechos humanos y libertades fundamentales y fortalecer el desarrollo econ3mico-social de la Naci3n.

Por tal motivo, cuando un socio en edad de escolarizaci3n por motivo de su discapacidad o alguna comorbilidad no pueda concurrir a alguno de los dispositivos educativos, se deber3 presentar el formulario **FOR SER ENF 005** Nota por la escolarizaci3n.

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

No se recepcionar3n solicitudes con documentaci3n faltante, incompleta o incorrecta. En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad, se proceder3 al reclamo correspondiente. Dicho reclamo se realizar3 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 solicitar3 documentaci3n/informaci3n 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 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 de 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

- CET
- EGB
- Formación Laboral
- Apoyo a la Integración Escolar

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.
- En cuanto a la prestación de maestro de apoyo, detallar cantidad de horas brindadas al mes, las cuales debe coincidir con el monto total.

No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales efectuados ante la falta de constancia de realización de cualquier tipo de prestación (por ejemplo: conformidad por 4 sesiones sobre 8 facturadas/autorizadas).

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

Los proveedores que brinden CET, EGB primaria e inicial y Formación laboral 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

##### Atención ambulatoria (Maestra de apoyo)

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. Se provee para ello formulario **FOR SER ENF 036/037**

##### Maestra de apoyo (valor hora)

El profesional deberá presentar original del detalle de las horas mensuales brindadas, indicando la fecha de realización. Cada día, las horas deberán estar avaladas por padre/madre o tutor del asistido con firma, aclaración, vínculo y DNI. **No se abonarán las hs. autorizadas que no hayan sido realizadas (esto incluye el período de receso escolar de las instituciones educativas).** 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. Se provee para ello formulario **FOR SER ENF 036/037**

##### Apoyo a la Integración Escolar (valor módulo)

La institución o el profesional deberán presentar la constancia original de asistencia, dejando asentada la cantidad total de horas mensuales, a los efectos de avalar la carga horaria presupuestada. Además, deberá estar garantizada con la firma, aclaración, parentesco y DNI del padre/madre o tutor del asistido. También, mediante firma y sello del profesional interviniente y no se considerará válida la sola firma del responsable de la Institución. 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 036 Y FOR SER ENF 037**

### Centro Educativo Terapéutico y Prestaciones Educativas como Nivel Inicial, EGB, Formación Laboral

La institución deberá presentar la constancia original de asistencia y constancia de alumno regular mensual, 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**).

Si se tratara de una modalidad educativa (EGB, EDUCACION INICIAL o FORMACIÓN LABORAL), y a los efectos de dar curso a la facturación en concepto de Matrícula, la institución deberá presentar una constancia con los mismos datos mencionados anteriormente, especificando que corresponde a la matrícula.

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.

La constancia de asistencia correspondiente, se debe adjuntar a la factura de cada mes, ya que conforman la documentación avalatoria de la liquidación que se presenta, se debe remitir una Constancia por comprobante en **original**. **FOR SER ENF 013**

### 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.**