

# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024

## PROFESIONALES | INSTITUCIONES

prestacionesdisc@fideisalud.com.ar  
(11) 5276-4700 / 0800-345-7332  
Bartolomé Mitre 1399 - CABA



## Recomendaciones generales

### IMPORTANTE

- TODO PRESUPUESTO DEBE SER PRESENTADO EN EL MODELO ADJUNTO QUE CORRESPONDA.
- Para solicitar cobertura por la Obra Social se deberá presentar toda la documentación solicitada EN FORMA CONJUNTA.
- Toda planilla a completar por el médico tratante, padre o tutor, debe confeccionarse con misma letra y tinta, sin enmiendas ni tachaduras (de no ser así será motivo de rechazo). Así mismo solo un médico deberá confeccionar todas las planillas que correspondan.
- En ningún caso LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SIGNIFICARÁ AUTORIZACIÓN DE LA COBERTURA SOLICITADA.
- Las prestaciones serán reconocidas en forma retroactiva hasta 1 (un) mes previo a la presentación del expediente completo, en condiciones de ser aprobado en la Obra Social.

**Cabe aclarar que la Obra Social NO podrá dar cobertura con el profesional o institución que no se encuentre inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).**



**prestacionesdisc@fideisalud.com.ar**  
**Bartolomé Mitre 1399 – CABA**  
**5276-4700/ 0800-345-7332**

## Documentación

### ACLARACIONES PRELIMINARES:

El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta neta responsabilidad del prestador y NO OBLIGA a la OS a cubrir las prestaciones.

Todos los formularios que se presenten deberán poseer FECHA DE EMISIÓN PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN.

Debe existir total coincidencia entre prestaciones (incluida cantidad de sesiones) presupuestadas y las indicadas por el médico tratante.

La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado NO DA DERECHO AL PROFESIONAL INTERVINIENTE (PARTICULAR O INSTITUCIÓN) A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD NI OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR DICHAS PRESTACIONES SIN EL PREVIO ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA.

Se considera que cada sesión tiene una duración mínima de 45 minutos.

No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.

Para los casos en que se indique más de una terapia individual por semana, el tratamiento deberá estar orientado a realizarse dentro de una institución (clínica/sanatorio/centro de rehabilitación).

**El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento,**

**pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.**

En los casos en los que se produzca (por diferentes circunstancias) un cambio de profesional actuante, deberá presentarse junto con la documentación del nuevo profesional, nota formal explicando los motivos del cambio.

Una vez autorizada la prestación, el equipo interdisciplinario podrá realizar auditorías en terreno según horarios declarados de atención al beneficiario.

El profesional tratante deberá presentar **un informe semestral** de evolución del paciente.

#### **AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

- Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación con su respectiva categorización
- Título habilitante en los casos de profesionales individuales con certificaciones ministeriales
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU
- Nota información bancaria

## **Integración escolar (equipo o maestro de apoyo)**

#### **SOLO PODRÁ MODULARSE CUANDO SE BRINDE UN MÍNIMO DE:**

- 32 hs / mes para instituciones.
- 24 hs / mes para profesionales individuales.
- en los casos en que se solicite MÓDULO DE MAESTRO DE APOYO con una carga horaria menor a 6 horas semanales se deberá extender un presupuesto por valor hora.

#### **AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN (además de la legal)**

- Acta Acuerdo (se adjunta modelo): la misma deberá ser firmada por las tres partes, titular de la Obra Social, escuela común y maestra integradora o institución que cede a la profesional.  
**Fecha tope de presentación 30/04.**
- Proyecto de Integración: debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos y debe estar firmado por la profesional independiente que realizar la integración y/o la institución que cede a la maestra integradora.
- Horario de concurrencia a la escuela especial o común.

## **Facturación IMPORTANTE**

- Las facturas deberán ser enviadas dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles de cada mes a la dirección facturaciondisc@fideisalud.com.ar
- Solo se aceptará una factura / período / afiliado por correo electrónico, la misma

debe venir acompañada de planilla de asistencia (modelo adjunto), la no presentación de la documentación en forma conjunta y completa dará lugar al rechazo de la misma.

- Ante eventuales cambios de los valores según resolución SSS el prestador deberá consultar con esta OS como proceder o consultar nuestra página web donde se comunicaran las novedades.
- En caso que el profesional se demore en la presentación, el pago sufrirá demoras en su liquidación. Solo se reconocerá facturación retroactiva a 1 (un) mes del calendario en curso.
- Es responsabilidad exclusiva del prestador entregar las facturas en condiciones de ser liquidadas.

Aquellos proveedores que presenten factura A o B deberán entregar en Tesorería el correspondiente recibo. El mismo, deberán presentarlo una vez acreditado el pago **SIN EXCEPCIÓN**.

La factura debe ser emitida SÓLO a nombre de la Obra Social completando nº de cuit y domicilio. La facturación de todas las prestaciones se presenta a mes vencido (fin del mes trabajado).

## Confección de las Facturas

### Profesionales / Instituciones: (según corresponda)

- Debe especificar denominación y nº de cuit de la obra social correspondiente: **OSSDEB – CUIT 30-60726243-4** (responsable inscripto).
- Debe especificar el tipo de prestación brindada no el tipo de abordaje (Ej. Psicología, Fonoaudiología y no tratamiento cognitivo conductual).
- Cantidad de sesiones / tipo de jornada / módulo (integración, etc.). CATEGORÍA según SSS (instituciones).
- Importe unitario de la sesión =hora / del módulo / jornada (para instituciones).
- Indicar porcentaje de dependencia en el caso que corresponda.
- Período de prestación.
- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (nombre y apellido completo y DNI).

## Modalidad de Cobro

**Vía transferencia bancaria:** los prestadores deben presentar el formulario de CBU junto con la primera factura adjuntando un comprobante impreso que pueden obtener a través del cajero automático en el cual reconfirman el número CBU.

Si el prestador desea conocer las normas de facturación para prestaciones de discapacidad, puede solicitarlas a **facturaciondisc @fideisalud.com.ar**

## Recibos

Deberán estar emitidos por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de factura emitida, dirigido a la obra social y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha de recibo
- Número completo de factura que cancela
- Emitido a nombre de OSSDEB

- CUIT OSSDEB 30-60726243-4
- Detalle de pago por transferencia y fecha de la transferencia
- Total del recibo (verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido)

En caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.

**El no cumplimiento ocasionará demoras en pagos posteriores hasta tanto no se complete este requisito.**

**Prestadores/proveedores:**

**Por disposición/comunicado del BCRA, a partir del 16/09/2016, la Cámara Compensadora Electrónica (COELSA) comenzó a validar para las transferencias cursadas a otras entidades, la coincidencia entre CBU y CUIT/CUIL/CDI del Beneficiario o Institución. Aquellas operaciones que no logren pasar la validación serán rechazadas por dicha Cámara.**

**(Deberá coincidir la titularidad de la cuenta bancaria con el titular/institución que reciba el pago).**

## Nota datos bancarios

### Información bancaria para el cobro de facturas

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE Y APELLIDO DEL PRESTADOR: .....

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: .....

N° DE CUIT (COINCIDENTE CON LA FACTURACIÓN): .....

N° DE CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO: .....

BANCO: .....

N° DE CBU (CORRESPONDIENTE AL CUIT DE LA FACTURACIÓN): .....

MAIL DE CONTACTO: .....

FIRMA

ACLARACIÓN

FECHA

**RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU IMPRESO DEL BANCO (VIGENTE AL AÑO EN CURSO), ATENTO A QUE EL ÚNICO MEDIO DE PAGO SERÁ LA TRANSFERENCIA BANCARIA.**

**En caso de efectuar una modificación en la cuenta o informar una nueva, deberá completar y enviar nuevamente este formulario a la obra social para dar conocimiento del mismo.**

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión..... Fecha

**Datos del afiliado**

Nombre y apellido.....

N° DNI  N° Beneficiario / CUIL

**Datos de la prestación**

Prestación / Especialidad: **Maestra de apoyo para la integración escolar**

Periodo..... Desde  Hasta  Año

Cantidad de horas mensuales  Monto mensual \$

**Datos del prestador**

Nombre.....

Domicilio..... N°.....

Localidad..... Provincia.....

Teléfono  Email: .....@.....

CUIT N°:  Condición frente al IVA:.....

Cheque a la orden de:.....

**Cronograma de actividad áulica (Maestra de apoyo)**

Institución en la que se brindara la prestación – Escuela.....

Sita en la calle..... N°..... de la ciudad de.....

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello del Profesional.

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud”.

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión..... Fecha **Datos del afiliado**

Nombre y apellido.....

N° DNI  N° Beneficiario / CUIL **Datos de la prestación**Prestación / Especialidad: **Equipo de apoyo para la integración escolar**Periodo..... Desde  Hasta  Año Cantidad de horas mensuales  Monto mensual \$ **Datos del prestador**

Nombre.....

Domicilio..... N°.....

Localidad..... Provincia.....

Teléfono  Email:.....@.....CUIT N°:  Condición frente al IVA:.....

Cheque a la orden de:.....

**Actividad áulica**

Institución en la que se brindara la prestación – Escuela.....

Sita en la calle..... N°..... de la ciudad de.....

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

**Actividad extra áulica**

Conformación del equipo profesional interviniente:

Nombre y apellido: .....

**1** Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud".



Completar todos los campos del formulario

Nombre y apellido: .....

**2** Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

Nombre y apellido: .....

**3** Título profesional: .....

Objetivo de la intervención: .....

.....

Domicilio real donde se brindará la prestación, sito en la calle.....

..... N° ..... de la ciudad de .....

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello  
del representante del equipo.

## ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN

La Institución/Equipo .....

se compromete a realizar la integración del/la niño/a .....

bajo la responsabilidad de la Maestra Integradora: .....

LUGAR DONDE SE REALIZA LA INTEGRACIÓN: .....

DÍAS de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común: .....

HORARIO de concurrencia de la Profesional a la Escuela Común: .....

DÍAS de concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común: .....

HORARIO concurrencia del Beneficiario a la Escuela Común: .....

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y consentimiento a los ..... días del mes de ..... de 20 ..

### Firma y sello

Establecimiento Educativo Común

### Firma y sello

Equipo/Maestro de apoyo

### Firma y Aclaración

Titular de la Obra Social

**POR FAVOR COMPLETAR TODAS LAS FIRMAS**

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS  
PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES**

**Completar todos los campos del formulario**

Lugar de emisión..... Fecha

**Datos del afiliado**

Nombre y apellido.....

N° DNI  N° Beneficiario / CUIL

**Datos de la prestación**

Prestación / Especialidad:.....

Periodo..... Desde  Hasta  Año

Cantidad de sesiones semanales y mensuales:  Monto por sesión \$:  Monto mensual \$:

**Datos del prestador**

Nombre y apellido / Razón social .....

**Domicilio REAL** donde se brindara la prestación ..... N°.....

Localidad..... Provincia.....

Teléfono  Email:.....@.....

CUIT N°:  Condición frente al IVA:.....

Cheque a la orden de:.....

**Cronograma de asistencia**

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y Sello  
del Profesional.

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud".



## PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR REHABILITACIÓN - INSTITUCIONES

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión..... Fecha

### Datos del afiliado

Nombre y apellido.....

N° DNI  N° Beneficiario / CUIL

El niño/a concurre a las terapias acompañado/a por: .....  
(Indicar parentesco)

### Datos de la prestación

Prestación / Especialidad:.....

Periodo..... Desde  Hasta  Año

Cantidad de sesiones semanales y mensuales:  Monto por sesión \$:  Monto mensual \$:

Valor del módulo \$:

### Datos del prestador

Nombre y apellido / Razón social .....

**Domicilio REAL** donde se brindará la prestación .....

N°..... Localidad..... Provincia.....

Teléfono  Email:.....@.....

CUIT N°:  Condición frente al IVA:.....

Cheque a la orden de:.....

### Cronograma de asistencia

Terapias	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Firma, Aclaración y Sello  
del Profesional.

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud".

## PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES

Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

### Datos del afiliado

Nombre y apellido .....

N° DNI  N° Beneficiario / CUIL

### Datos de la prestación

Modalidad prestacional a brindar .....

Tipo de jornada a realizar     Categoría

Incluye almuerzo SI  NO  Incluye dependencia SI  NO

Monte mensual \$:  Periodo Desde  Hasta  Año

### Datos del prestador

Nombre y apellido / Razón social .....

**Domicilio REAL** donde se brindará la prestación .....

N° ..... Localidad ..... Provincia .....

Teléfono  Email: ..... @ .....

CUIT N°:  Condición frente al IVA: .....

Cheque a la orden de: .....

### Cronograma de asistencia

Terapias	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Firma, Aclaración y Sello  
del Profesional.

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud".

**PLANILLA DE ASISTENCIA A TRATAMIENTO – 20**

**Adjuntar este documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita**

Razón Social del prestador:.....

Domicilio real donde se realiza la prestación:.....

Dejo constancia que el/la afiliado/a: .....

Ha concurrido a Tratamiento de.....Durante el mes de.....20.....

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Firma y sello del profesional tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

DNI

Firma y sello del Director Institucional

**IMPORTANTE**

Se deberá anexar 1(una) Planilla por cada Tratamiento que realice el/la Afiliado/a. Y 1 (una) por cada mes.

Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 Planillas.

Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril) = 2 Planillas.

