

INSTRUCTIVO PRESTADORES/INSTITUCIONES OSPYSA

Nos complace dirigirnos a usted para presentarnos. Somos la Obra Social de la Prevención y la salud. Desde nuestros inicios nos hemos comprometido con el cuidado de nuestros afiliados, priorizando la atención humana, cercana y profesional.

En el caso de las prestaciones para nuestros afiliados con discapacidad, les compartimos los requisitos y obligaciones específicas del área a fin de poder cumplir de la manera más transparente y organizada posible.

-REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE FORMA PARTE DEL LEGAJO:

1. Todos los formularios deben estar correctamente dirigidos a la Obra Social respetando el archivo correspondiente para cada caso
2. Para solicitar cobertura por la Obra Social se deberá presentar toda la documentación solicitada en forma conjunta, en formato PDF a la casilla discapacidad@ospysa.com.ar.
3. Todas las planillas a completar por el médico tratante, padre o tutor deben confeccionarse con misma letra y tinta, sin enmiendas ni tachaduras (de no ser así será motivo de rechazo).
4. La indicación médica tiene que preceder a toda la documentación enviada por los prestadores y no puede ser anterior al periodo solicitado (por ejemplo: Si el médico emite la orden en febrero, podrá solicitar prestaciones a partir de marzo).
5. En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada. El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta neta responsabilidad del prestador.
6. Debe existir total coincidencia entre prestaciones (incluida cantidad de sesiones y días de concurrencia) presupuestadas y las indicadas por el médico tratante.
7. No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad para el mismo afiliado.
8. La documentación solicitada para cada prestación estará indicada en cada formulario disponible para su descarga en la web: <https://www.ospysa.com.ar/cobertura/>
9. Es requisito indispensable que luego de cada semestre el prestador (Excepto transportistas) envíen un INFORME EVOLUTIVO del beneficiario. Este informe se encuentra sujeto a la renovación de la autorización.

-REQUISITOS DE LA FACTURACIÓN/DOCUMENTACIÓN CONTABLE:

1. La facturación y su documentación respaldatoria podrá ser remitida en forma digital o electrónica en formato PDF en forma legible para poder visualizar los datos de esta.
2. Es indispensable que las prestaciones facturadas se encuentren previamente autorizadas (por la Obra Social) antes de comenzar a brindar la prestación.

3. La facturación debe ser mensual y a mes vencido sin excepción. Por lo cual deberá ser remitida a la Obra Social en los plazos preestablecidos, a fin de evitar demoras en el pago.
4. La facturación se recibe vía correo electrónico en discapacidad@ospysa.com.ar del 1 al 10 de cada mes y, en caso de contar con observaciones o errores en la emisión se esperará una nota de crédito y refacturación antes del 15 de cada mes.
5. La Factura deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (CUIT: 30694362067 – Razón Social: OBRA SOCIAL DE LA PREVENCIÓN Y LA SALUD) designándola como en su condición frente al IVA como “Sujeto exento” y deberá contener:
 - Nombre, Apellido y N° DNI del beneficiario.
 - Período de prestación.
 - Prestación brindada, según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Debe especificar el tipo de prestación brindada no el tipo de abordaje Ej. Psicología, y no tratamiento cognitivo conductual).
 - Modalidad, jornada (doble y simple), categoría del establecimiento si corresponde, si incluye dependencia y en el caso de especialidades: cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas.
 - Monto individual de cada sesión o viaje y sumatoria total de las sesiones facturadas.
 - En el caso de Transporte se deberá detallar: Direcciones de partida y destino. Cantidad de viajes diarios y mensuales. Cantidad de kilómetros recorridos por viaje. Total, de kilómetros del mes. También se deberá indicar si incluye dependencia. Monto mensual de la prestación brindada.
 - Los comprobantes deberán ser enviados en el formato de descarga ARCA respetando el siguiente orden:
CUIT_TipoComprobante_PuntodeVenta_NumeroComprobante.pdf
6. Debe adjuntarse a la factura, sin excepción, planilla de asistencia del mes facturado con firma del prestador y del padre/madre o tutor del afiliado.
7. Conforme lo dispuesto por la Res.887-E/2017 de la Superintendencia de Servicios de Salud, los pagos serán efectivizados única y exclusivamente mediante transferencia bancaria a la cuenta declarada del prestador. Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada. En caso de actualización de cuenta o renovación de CBU, el prestador deberá notificarlo a la obra social con la mayor anticipación posible a las casillas discapacidad@ospysa.com.ar y/o administracion@ospysa.com.ar
8. Cada mes debe enviar un Recibo como comprobante de cancelación de deuda de las facturas abonadas por la Obra Social. Se aceptarán tanto recibos X como comprobantes o bien, la misma orden de pago con una firma del prestador dando cuenta de la situación. Los datos que deben incluirse son:
 - Número completo y tipo de factura que cancela. En el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual.
 - Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.

- Total, del recibo. Verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador.

-ARANCELES AUTORIZADOS:

La Obra Social debe ajustar el pago de las prestaciones a los aranceles vigentes y previstos para el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad (Res. 428/99 MS).

Se puede consultar los aranceles vigentes en el Boletín Oficial, o bien, enviando un correo electrónico a cualquiera de las siguientes casillas de correo de la Obra Social: administracion@ospysa.com.ar ; discapacidad@ospysa.com.ar ; info@ospysa.com.ar

-PLAZO DE PAGO:

El plazo de pago estará sujeto al cumplimiento de los 20 días corridos contados a partir de la recepción de los fondos por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud (Res. 1743/2024 y concordante), en tanto y en cuanto el prestador haya remitido la factura en los tiempos establecidos en el presente instructivo.

-ÓRDENES DE PAGO

Ponemos a su disposición el sitio de autogestión donde podrá consultar y descargar los pagos realizados. Debe contar con usuario y contraseña que debe ser solicitado al correo electrónico: administracion@ospysa.com.ar

Link de acceso: <http://gecrosweb.ospysa.com.ar:81/Account/Login?ReturnUrl=%2f>

Al ingresar a la página, en la parte superior derecha se encuentra la opción **Menú** ingrese y luego en la opción **Proveedor** podrá seleccionar **Orden de pago**, coloque el rango de fechas que desea verificar, dándole click en la orden de pago, de esta forma podrá verificar el banco y el día en el que se realizó la transferencia, como también descargar el comprobante para enviarlo como recibo, una vez que este firmado y sellado.

-ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CONTACTO

La comunicación entre el agente de seguro y los prestadores debe ser fluida y estar disponible para ambos. Es por esto que, a fin de facilitar cualquier toma de contacto con prestadores, consideramos de fundamental importancia completar todos los datos de contacto e informar las modificaciones que estos pudieran sufrir.

-CANALES DE CONTACTO DISPONIBLES

Por cualquier duda que Ud. posea respecto a este Instructivo, puede contactarse a las siguientes vías de comunicación:

- discapacidad@ospysa.com.ar
- administracion@ospysa.com.ar
- Teléfonos:
 - 011 2152-7948
 - 011 2152-7940
 - 0800-362-0028