Conformidad de pago
PRESTADOR

Fecha: ___ /___ /____

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Razón Social: _____

CUIT: _____

Los Prestadores que brinden servicio a los afiliados de GEA 310 para la cobertura de las prestaciones del Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad deberán ajustarse a la siguiente operatoria general:

1 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para solicitar el pago de la facturación deberán inicialmente contar con la AUTORIZACIÓN del traslado..

Cada autorización es brindada solo a aquellos prestadores que cuenten con el LEGAJO COMPLETO.

2 PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN

Conforme a Resolución 360/2022 de Superintendencia de Salud, la facturación emitida por el prestador deberá contener el siguiente detalle:

- Dirigida a la Obra Social (Cuit y Nombre): este dato figura en un apartado de la AUTORIZACIÓN AÑO VIGENTE.
- Apellido/s, Nombre/s y Nº de DNI del afiliado.
- Período facturado (mes año facturado).
- Prestación brindada, según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

- 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 prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas.

3 PRESENTACION DE DOCUMENTACION RESPALDATORIA

INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL
El profesional/ Institución deberá describir las actividades realizadas y objetivos personalizados durante el semestre, con el respaldado de firma y sello del profesional/ responsable.(En Junio y Diciembre)

PLANILLA DE ASISTENCIA

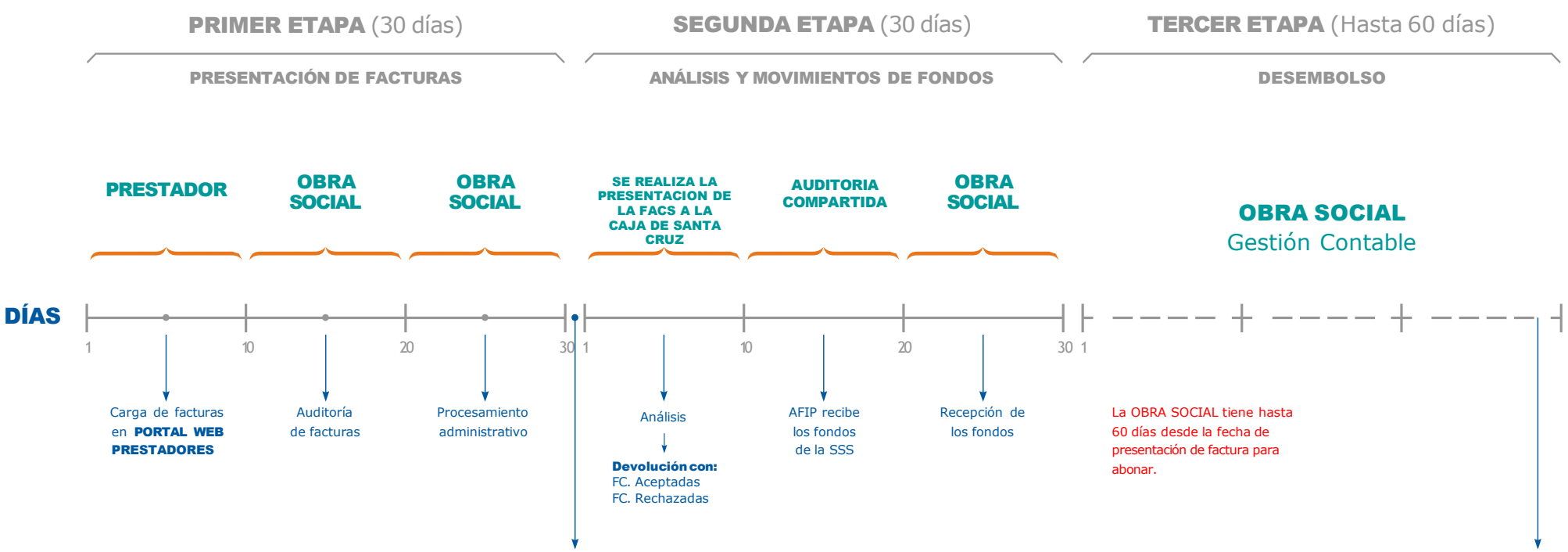
Las planillas de asistencia deben contener firma de padre,madre, tutor y/o responsable de todas las sesiones realizadas.(no se aceptan días feriados serán debitados)

Todos los documentos deberán ser cargados de forma mensual en nuestra página web institucional dentro de los primeros 5 días de cada mes en PORTAL DE DISCAPACIDAD
https://docs.google.com/forms/d/1ywnNrdu_rjYLDY3aLcLYYkGvqjHi0widCN--hvMRqQ0/edit

4 PERIODICIDAD Y VENCIMIENTO

Los prestadores deben realizar la carga de su documentación a mes vencido, estamos habilitados a procesar únicamente 1 (un) periodo anterior.
No se procesarán facturas que estén fuera de los límites del periodo mencionado, es decir que no nos hacemos responsables de la gestión de la facturación presentada fuera de los tiempos establecidos en el presente consentimiento.

Guía de pago



*Nota: las fechas de transferencias de fondos entre los diferentes Agentes de salud pueden no ser exactas y sufrir variaciones

Yo _____ con Documento tipo (_____)

N° _____ dejo constancia que acepto los términos de pagos anunciados en el presente documento.

_____

Firma, aclaración y sello de la Institución