

**DISCAPACIDAD 2024**  
**- Integración -**



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA  
DEL HIELO Y MERCADOS PARTICULARES**

**RNOS 1-0940-0**

**Resolución 1731/2021 y 360/2022-SSSALUD**

## Índice

<a href="#">Introducción</a> .....	Pág. 1
<a href="#">Documentación obligatoria</a> .....	Pág. 2
<a href="#">ANEXO A - RHC</a> .....	Pág. 3
<a href="#">ANEXO B - FIM</a> .....	Pág. 4
<a href="#">ANEXO C - Planilla Especialidad</a> .....	Pág. 5
<a href="#">ANEXO D - Planilla Institución</a> .....	Pág. 6
<a href="#">ANEXO E - Conformidad</a> .....	Pág. 7
<a href="#">ANEXO F - Presupuesto Prestacional</a> .....	Pág. 8
<a href="#">ANEXO G - DDJJ de transporte</a> .....	Pág. 9
<a href="#">ANEXO H - Diagrama de Traslados y Conformidad</a> .....	Pág. 10
<a href="#">ANEXO I - Presupuesto de Transporte</a> .....	Pág. 11
<a href="#">ANEXO J - Cambio o Baja de Prestador</a> .....	Pág. 12
<a href="#">Facturación</a> .....	Pág. 13
<a href="#">Descripción de la documentación s/Res. 360-2022-SSSalud</a> .....	Pág. 14

### Datos de Contacto

- **Regina:** +54 9 11 4085-7126 (solo Whatsapp)
- **Daniel:** +54 9 11 6264-5065 (solo Whatsapp) Auditor en Discapacidad

Correo electrónico para envío de **documentación** por pedidos de discapacidad.

[integracion.ospihmp@gmail.com](mailto:integracion.ospihmp@gmail.com)

## **COBERTURA POR DISCAPACIDAD**

Para inicio, ampliación, modificación de tratamientos individuales y/o institucionales y/o transporte, **solo podrán comenzar los tratamientos prescritos si tienen la autorización emitida por la Obra Social** luego de haber presentado la **documentación completa**.

En caso que la solicitud corresponda a una continuidad del año anterior deberán presentar la documentación respaldatoria dentro del plazo de 40 días de iniciadas las prestaciones. Caso contrario su vigencia quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario.

### **IMPORTANTE:**

**Solo se recibirán pedidos con documentación completa según el presente instructivo.**

## Documentación Obligatoria

### **Beneficiario (afiliado causante)**

- CUD (Certificado de Discapacidad Vigente)
- DNI
- RHC (Resumen de Historia Clínica) y [Anexo A](#)
- Tabla FIM (Medida de Independencia Funcional) [Anexo B](#)
- Constancia de Alumno Regular
- Indicaciones médicas

### **Especialidades**

- DNI
- Título
- Matrícula
- Seguro (excepciones: Psicopedagogía, Musicoterapia y Fonoaudiología sin deglución)
- RNP (Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud)
- Habilitación del consultorio (No excluyente)
- Certificado Analítico (solo Prestación de Maestro de Apoyo)
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU
- Planillas de Especialidad [Anexo C](#)
- Conformidad de Prestaciones [Anexo E](#)
- Presupuesto [Anexo F](#)
- Informe / Objetivos / Plan

### **Instituciones**

- Seguro
- Habilitación
- Categorización
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU
- Planilla de Institución y Consentimiento [Anexo D](#)
- Conformidad de Prestaciones [Anexo E](#)
- Presupuesto [Anexo F](#)
- Informe / Objetivos / Plan

### **Transporte**

- DNI
- Licencia de conducir
- Seguro
- Habilitación
- Verificación Técnica Vehicular (VTV actualizada)
- Constancia de AFIP
- Constancia de CBU
- Declaración Jurada [Anexo G](#)
- Diagrama de Traslados y Conformidad [Anexo H](#)
- Presupuesto de Transporte [Anexo I](#)

## Anexo A

### HISTORIA CLINICA DE DISCAPACIDAD

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

CUIT / CUIL: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Documento tipo y número: \_\_\_\_ N° de beneficiario: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Plan terapéutico indicado: \_\_\_\_\_

(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)

Razón social: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Modalidad de concurrencia: \_\_\_\_\_

(días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble)

Para las modalidades de integración se deberá especificar: \_\_\_\_\_

Nombre completo institución educativa común: \_\_\_\_\_

Domicilio de la institución: \_\_\_\_\_

Traslado: \_\_\_\_\_

Origen: \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_

Tratamiento o especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje: Kms recorridos por viaje: \_\_\_\_\_ Kms totales mensuales: \_\_\_\_\_

Dependencia: si [ ] no [ ] Puntaje escala MIF: .....

Semestre 1° 2° AÑO: 20\_\_\_\_\_

Firma y sello del Médico: \_\_\_\_\_

## Anexo B

### Medida de Independencia Funcional

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje	
<b>126 puntos</b>	<b>Motor 91 puntos</b>	<b>Autocuidado</b>		
		1	Alimentación (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
		2	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
		3	Bañarse (Implica aseo completo del cuerpo del cuello para abajo)	
		4	Vestirse parte superior (Implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
		5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o prótesis)	
		6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño)	
		<b>Control de Esfínteres</b>		
		7	Controlar intestino (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
		8	Controlar vejiga (implica control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	
		<b>Transferencia</b>		
		9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
		10	Transferencia a toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
	11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrara y salir de la bañera o ducha)		
	<b>Locomoción</b>			
	12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)		
	13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)		
	<b>Cognitivo 35 puntos</b>	<b>Comunicación</b>		
14		Comprensión (implica la el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)		
15		Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)		
<b>Conexión</b>				
16		Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales)		
17		Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)		
18	Memoria (implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)			
<b>TOTAL FIM</b>				
Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera				
<b>Grado de Dependencia</b>	<b>Nivel de Funcionalidad</b>			
Sin ayuda	7. Independencia completa			
	6. Independencia modificada			
Dependencia modificada	5. Supervisión			
	4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)			
	3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)			
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)			
	1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)			

Equipo Evaluador / Médico tratante: .....

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

## Anexo C

---

### ESPECIALIDADES Plan de Tratamiento

---

Lugar y fecha de emisión: .....

Razón social del prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Localidad:.....Provincia:.....

Tel: (.....) .....-..... Cel: (.....) .....-..... Correo:.....@.....

Beneficiario:.....DNI: .....

Prestación / Especialidad	Cantidad de horas	Importe Mensual

Ciclo Lectivo desde: ...../...../..... hasta: ...../...../.....

Cronograma de asistencia

Especialidad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones .....

.....

.....

Firma Responsable de Institución: ..... Aclaración: .....

---

### CONSENTIMIENTO

---

Por la presente dejo expresa constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente

Beneficiario: ..... DNI: ..... Nro. Afilado: .....

Firma Beneficiario o Representante: .....Aclaración: ..... DNI: .....

Lugar y fecha del consentimiento: .....

## Anexo D

---

### INSTITUCION Plan de Tratamiento

---

Lugar y fecha de emisión: .....

Razón social del prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Localidad:.....Provincia:.....

Tel: (.....) .....-..... Cel: (.....) .....-..... Correo:.....@.....

Beneficiario:.....DNI: .....

Prestaciones a brindar (según mecanismo de integración)

.....

.....

Tipo de jornada Simple [ ] Doble [ ] Dependencia Sí [ ] No [ ]

Matrícula: \$ ..... Importe Mensual: \$ ..... Categoría: .....

Ciclo Lectivo desde: ...../...../..... hasta: ...../...../.....

Cronograma de asistencia

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones .....

.....

Firma Responsable de Institución: ..... Aclaración: .....

---

### CONSENTIMIENTO

---

Por la presente dejo expresa constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente

Beneficiario: ..... DNI: ..... Nro. Afilado: .....

Firma Beneficiario o Representante: .....Aclaración: ..... DNI: .....

Lugar y fecha del consentimiento: .....



## Anexo E

<b>CONFORMIDAD DE PRESTACION/ES</b>
-------------------------------------

Lugar y fecha: .....

Apellido y nombre del beneficiario: .....

DNI del Afiliado: .....

Doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles

Prestación	Prestador	Periodo	
		Desde	Hasta

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Madre/Padre/Tutor: .....

Domicilio: .....

e-mail: .....

Celular: Cód. área (.....) Nro. (15) .....

## Anexo F

<b>PRESUPUESTO PRESTACIONAL</b>
---------------------------------

Fecha de Emisión: ...../...../20.....

Razón Social del Prestador: .....

CUIT: .....

Domicilio dónde realiza la prestación: .....

.....

Correo electrónico: ..... Teléfono: .....

Beneficiario:..... DNI: .....

Modalidad prestacional a brindar: .....

Tipo de Jornada: ..... Categoría: .....

Periodo desde: ..... Periodo hasta:.....

Almuerzo: SI [ ] - NO [ ]

Importe Mensual: \$.....

Dependencia: SI [ ] - NO [ ]

Matrícula anual: .....

Cantidad de sesiones mensuales: ..... Importe por sesión: \$ .....

Firma del prestador: .....

## Anexo G

<b>FORMULARIO DECLARACION JURADA DE TRANSPORTE</b>
--

En la ciudad de: ....., fecha: ... .. / . .... / .....

Por medio de la presente, en mi carácter de padre/madre/tutor de:

....., Documento Nro....., informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor a favor del nombrado haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento Nro: .....

Vínculo:    Madre    Padre    Tutor

## Anexo H

<b>DIAGRAMA DE TRASLADOS</b>
------------------------------

**Beneficiario:** ..... **DNI:** ..... **Periodo Desde:** ..... **Hasta:** .....

<b>Día</b>	<b>Hora HH:MM</b>	<b>Domicilio de Partida</b>	<b>Domicilio de Destino</b>	<b>KMS por viaje</b>
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

---

---

### CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de: .....

.....

**Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.**

**DNI:** ..... **Aclaración:** ..... **Firma:** .....

## Anexo I

<b>PRESUPUESTO TRANSPORTE</b>
-------------------------------

Fecha de Emisión: ...../...../20.....

Razón Social del Prestador: .....

CUIT: .....

Correo electrónico: ..... Teléfono:.....

Compañía de seguros: ..... Póliza N°: .....

Beneficiario:..... DNI:.....

Periodo desde: .....

Periodo hasta: .....

Kilómetros Mensuales: .....

Valor del kilómetro: .....

Importe Mensual: \$ .....

Dependencia: SI [ ] - NO [ ]

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

**Anexo J**

<b>SOLICITUD BAJA / CAMBIO DE PRESTADOR</b>
---

Fecha: ...../...../.....

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

Documento Tipo: ..... Nro.: .....

---

Por medio de la presente, dejo constancia de la presente solicitud.

Solicito BAJA de prestador/ra: .....

Especialidad: .....

A partir del día: ...../...../.....

---

Solicito ALTA de prestador/ra: .....

Especialidad: .....

A partir del día: ...../...../.....

Periodo desde: ..... Periodo hasta: .....

---

Motivo de la baja: .....

.....

.....

---

Firma: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

Vínculo: .....

## Requisitos Facturación

Se admite Factura A, B y C o Recibo tipo C Electrónica

### Datos del prestador

- CUIT - Razón Social – Domicilio
- Condición frente al IVA - Ingresos Brutos - Fecha de Inicio de Actividad

### Datos de la Obra Social

- CUIT: 30643904000
- Razón Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL HIELO Y MERCADOS
- **PARTICULARES**
- Domicilio: Colombres 1573 – Ciudad de Buenos Aires
- Condición frente al IVA: Sujeto Excento

### Detalle del comprobante (para todos los prestadores)

1. Nombre, Apellido y DNI del beneficiario
2. Periodo de prestación (Mes y año)
3. Fecha de Emisión: debe ser posterior al periodo de prestación

### Prestador Institucional

1. Detalle de prestación (EGB, Form. Laboral, Hogar, CET, Ctro de Día, etc)
2. Tipo de Jornada (Simple o Doble)
3. Categoría (A, B o C)
4. Indicar Dependencia (SI o NO para CET, Ctro. De Día, Hogares y Residencias)

### Prestador Profesional

1. Práctica realizada (Psicología, Fonoaudiología, Kinesiología, Psicomotricidad, etc)
2. Cantidad de sesiones autorizadas

### Transporte

1. Domicilio desde hasta
2. Cantidad de viajes
3. Kms por día
4. Kms por mes
5. Valor del Km
6. Dependencia (SI o NO)

### Recepción de facturas y Planillas de Asistencia:

[discapacidadintegracion@ospihmp.org.ar](mailto:discapacidadintegracion@ospihmp.org.ar)

- Enviar archivo PDF emitido por aplicación de AFIP (No escaneado ni foto). Las facturas se reciben hasta el día 15. Se admiten hasta dos periodos anteriores al vigente.

- Solo se reconocerán prácticas y cantidad aprobada en las autorizaciones emanadas por la Obra Social a valor Nomenclador de Discapacidad vigente.

## **Descripción de la Documentación Respaldatoria**

- Res. 360/22-SSSALUD -

- Certificado de Discapacidad vigente.
- Resumen de historia clínica. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente.
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante. Con firma, sello con tipo y número de matrícula, firma y sello del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuaran las prestaciones.

Para cada prestación se debe indicar el periodo prescrito, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia. (jornada simple doble).

Para la prestación transporte, en la prescripción se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para moverse en transporte público.

La prescripción de la prestación deberá ser evaluada y autorizada por el equipo interdisciplinario del Agente del Seguro de Salud, la cual deberá constar en el legajo.

- Informe de evaluación inicial. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación: en el cual conste: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual: período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Para la prestación Servicio de Apoyo a la Integración Escolar/ Maestra de apoyo:
  - Constancia de alumno regular.
  - Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
  - Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.
- Para las prestaciones de Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar: Informe social, que avale su necesidad, emitido por Licenciado en Trabajo Social.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
- Presupuesto prestacional en cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla según.
- Para Transporte:

Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

- Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

- Habilidad, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir

En todos los casos avalados por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

La fecha de emisión de la conformidad de las prestaciones, los planes de abordaje, el diagrama de transporte y la aprobación de estos por parte del Agente del Seguro de Salud, deberá ser anterior a la fecha de emisión de la primera facturación de las prestaciones autorizadas.

En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con Centro educativo terapéutico, Centro de día y Centro educativo terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confec-



cionada por Lic. en Terapia ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014MSal)

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.

- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.

El equipo interdisciplinario de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepara en caso de considerarlo pertinente, podrán solicitar documentación respaldatoria adicional.

## 2 - Documentación contable

La documentación contable deberá reunir los siguientes requisitos: Factura o Recibo como instrumento de facturación:

Se deberá contar con el documento original emitido por el prestador completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP.

Será responsabilidad de los Agentes del Seguro de Salud verificar la validez de las facturas o recibos incluidos en la presentación por el mecanismo de Integración. La inclusión de la factura o recibo importará la asunción de dicha carga.

- La Factura o Recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (Cuit y Nombre), deberá contener:

- Nombre, Apellido y DNI del beneficiario

- Período de prestación.

- Prestación brindada, según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

- Modalidad, jornada (doble y simple), categoría del establecimiento si correspondiere, si incluyere 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.

En el caso de Transporte se deberá detallar:

- Direcciones de partida y destino.

- Cantidad de viajes por día y mensual.

- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.

- Total de kilómetros del mes.

- Indicar si incluye dependencia.

Las facturas globales deberán estar acompañadas con un Resumen de facturación y/o Rendición individual por beneficiario confeccionado y firmado por el prestador en todas sus hojas, donde conste el número de factura a la que corresponde y los datos mencionados anteriormente.

La dependencia solo se reconocerá si se especifica en la prescripción médica y se incluye en la facturación.

La Fecha de emisión de los comprobantes de facturación, deberá ser acorde con el período facturado.

En los casos en que la fecha de emisión de los comprobantes difiriere en varios meses respecto del período de prestación, el Agente del Seguro de Salud deberá justificar por nota el motivo de tal circunstancia.

La facturación deberá ser avalada mediante firma y sello por Contador Público y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- Recibos como comprobante de cancelación de deuda:

El Agente del Seguro de Salud, deberá conservar la documentación específica que refleje fehacientemente la cancelación de las Facturas desde la cuenta bancaria DISCAPACIDAD:

Recibo emitido por el prestador en los casos que correspondiere por el tipo de factura emitida, dirigido al Agente de Salud y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha.
- Número completo de factura que cancela.
- Los recibos globales deberán 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.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
- Total del recibo. Se debe verificar que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

Cuando el importe del pago de la prestación hubiera sido afectado por débitos se deberá adjuntar: Fotocopia de planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello de Contador y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

Cuando se efectúen retenciones de impuestos se deberá adjuntar copia de los comprobantes de retención.

Cuando el recibo emitido no contenga todos los datos mencionados, deberá complementarse con Liquidación de Pago emitida por el Agente del Seguro de Salud (en donde se detalle los datos mencionados) y firmada por el prestador o adjuntar nota firmada y sellada por el prestador detallando los datos faltantes en el recibo original.

El mismo criterio se deberá utilizar cuando se trate de la cancelación de una Factura sin obligación de emitir recibo por parte del prestador (Facturas C). Las Liquidaciones de Pago emitidas por el Agente del Seguro de Salud podrán incluir la cancelación de más de una factura. Extractos bancarios Se deberán mantener copias de los extractos bancarios de la cuenta DISCAPACIDAD en donde se refleje el pago por transferencia a los CBU de los prestadores.

- Otra documentación adicional

Constancias de CBU correspondientes a las razones sociales de los prestadores.

En caso de corresponder, documentación específica que refleje descuento de facturas en entidades bancarias, cesiones de créditos u otros motivos.

**La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digitalmente. Enviar a través de un archivo al siguiente correo:**  
**[integracion.ospihmp@gmail.com](mailto:integracion.ospihmp@gmail.com)**