

Instructivo Mecanismo de Integración 2026

ÍNDICE.....	1
Introducción.....	2
Alcance.....	2
Información Importante.....	2
Normas generales.....	2
Descripción General.....	3
Modalidad prestacional.....	3
Módulo Estimulación Temprana.....	3
Prestación de Apoyo.....	4
Módulo de Rehabilitación.....	5
Apoyo a la Integración Escolar Equipo.....	5
Módulo Maestra de Apoyo.....	6
Centro Educativo Terapéutico.....	7
Centro de Día.....	8
Formación Laboral – Aprestamiento Laboral.....	9
Transporte.....	9
Dependencia.....	10
Cambio de prestador de servicios.....	10
Normas de Facturación.....	10
Datos de facturación.....	10
Detalle de producto/servicio en la factura.....	10
Presentación de facturas.....	11
Plataforma SAAS.....	11
Anexos.....	12
Anexo I - Resumen de Historia Clínica.....	13
Anexo II - Planilla F.I.M. (Medida de Independencia Funcional).....	14
Anexo III - Conformidad de prestaciones.....	18
Anexo IV - Modelo Prescripción Médica para ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	20
Anexo V - Modelo Prescripción Médica para PRESTACIÓN DE APOYO / MÓDULO DE REHABILITACIÓN.....	21
Anexo VI - Modelo Prescripción Médica para APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO.....	22
Anexo VII - Modelo Prescripción Médica para MAESTRA DE APOYO.....	23
Anexo VIII - Modelo Prescripción Médica para CENTROS ESPECIALIZADOS (CET, CENTRO DE DIA).....	24
Anexo IX - Modelo Prescripción Médica para EDUCACIÓN ESPECIAL.....	25
Anexo X - Modelo Prescripción Médica para TRANSPORTE.....	26
Anexo XI - Formulario Declaración Jurada de Transporte.....	27
Anexo XII - Presupuesto PRESTACIÓN DE APOYO / MAESTRA DE APOYO.....	28
Anexo XIII - Presupuesto INSTITUCIONES.....	29
Anexo XIV - Presupuesto APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO.....	30
Anexo XV - Presupuesto TRANSPORTE.....	31
Anexo XVI - Solicitud de Transporte para Discapacidad DSM IV - ANEXO IV.....	32
Anexo XVII - Nota de CBU.....	33
Anexo XVIII - Nota de Justificación de Domicilio.....	34
Anexo XIX - Nota Acta Acuerdo a la Integración.....	35
Anexo XX – Nota cambio de Prestador – Prestación.....	36
Anexo XXI – Planilla de asistencia.....	37
SAAS - Instructivo Carga de Facturas.....	38

Introducción

El siguiente instructivo establece la metodología para cumplir con los requisitos necesarios para la gestión de las prestaciones médico asistenciales previstas en el “Nomenclador de prestaciones básicas para personas con Discapacidad” para los afiliados de la obra social Camioneros Primero OSPIC. Este instructivo garantiza la correcta gestión y administración de las solicitudes de autorización presentadas por los afiliados de la obra social, desde la recepción de la documentación que conforme el legajo anual 2026, hasta el pago de las mismas.

La implementación de este instructivo asegura una eficiente coordinación entre las diferentes áreas involucradas, promoviendo la transparencia y la eficacia de este proceso.

Alcance

El presente instructivo debe ser utilizado por los afiliados de la obra social Camioneros Primero OSPIC encargados de presentar los requisitos solicitados para solicitar autorización de las prestaciones que formen parte del Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad.

Adicionalmente, asegura la disponibilidad de la información necesaria para el armado de los legajos de proyectos de trabajo 2026.

Información Importante

Normas generales

NO SE AUTORIZAN PRESTACIONES RETROACTIVAS.

LA DOCUMENTACIÓN NO SE RECEPCIONA EN FORMA PARCIAL. SIN EXCEPCIÓN.

EL EXPEDIENTE COMPLETO DEBERÁ SER ENTREGADO EN UN PLAZO MÁXIMO 30 DÍAS PREVIOS AL COMIENZO DE LA PRESTACIÓN.

Días, horarios y domicilio de presentación: lunes a viernes de 8 a 16:30 hs. en calle Pasco 1041 de la ciudad de Rosario o en su delegación más cercana.

Las autorizaciones serán remitidas a los profesionales y centros de servicios mediante correo electrónico.

Para consultas en relación a las prestaciones autorizadas en los legajos enviar un correo electrónico a recupero_ospic@globalempresaria.com

Descripción General

Modalidad prestacional

Superintendencia de Servicios de Salud a través del Decreto 904/2016 instituye un mecanismo denominado “Integración” para el financiamiento directo del Fondo Solidario de Redistribución a los agentes del seguro de salud de la cobertura de las prestaciones médico asistenciales previstas en el “Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad”.

Será requisito excluyente para el cobro directo del financiamiento y recepción de documentación para incluir a dicho mecanismo, que el beneficiario haya sido notificado fehacientemente por el agente de seguro de salud en padrón de beneficiarios con discapacidad ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los módulos de atención en Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad comprenden todas las prestaciones incluidas en los servicios que hayan sido específicamente registrados para tal fin, y los beneficiarios deberán certificar su discapacidad previamente a recibir atención.

Los períodos de edad de los beneficiarios deben ser considerados en forma orientativa, y a los efectos de proceder a una mejor atención y derivación de los mismos.

Los módulos no incluyen medicamentos, prótesis y ortesis, estudios de diagnósticos ni prácticas de laboratorio.

Los aranceles establecidos por cada módulo incluyen el 100% de la cobertura prevista, el prestador no cobrará adicionales directamente al beneficiario.

Los aranceles comprenden idénticos valores para la atención de niños, jóvenes y adultos.

Los módulos prestacionales comprenden períodos anuales.

Módulo Estimulación Temprana

Niños discapacitados de 1 a 4 años de edad cronológica y eventualmente hasta los 6 años.

Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes evolutivas del niño pequeño con alguna discapacidad.

El servicio se brindará en forma ambulatoria individual con la participación del grupo familiar en centros de estimulación temprana específicamente acreditados para tal fin.

DOCUMENTACIÓN (respetar correlatividad cronológica)

- Copia de Certificado de Discapacidad
- Formulario de resumen de Historia Clínica
- Formulario de prescripción Médica
- Formulario de Conformidad de prestaciones
- Formulario de presupuesto
- Informe inicial
- Plan de tratamientos y objetivos de cada terapia
- RNP – Registro Nacional de Prestadores y Título habilitante
- SNR – Registro Nacional de Rehabilitación
- Habilitación ESTIMULACIÓN TEMPRANA de Superintendencia de Servicios de Salud
- Habilitación Municipal
- Nota de justificación de domicilio
- Nota de CBU
- C.B.U. (Constancia Bancaria Uniforme - debe corresponderse a la CUIT de facturación)
- Constancia de Inscripción a ARCA

Prestación de Apoyo

Entre los 4 y los 59 años de edad cronológica.

Se denomina prestación de apoyo a aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el "Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad".

Esta prestación tendrá un máximo de 32 (treinta y dos) sesiones mensuales entre todos los profesionales intervinientes. Cuando requiera de mayor tiempo de atención o más de una especialidad, deberá orientarse a algunas de las otras prestaciones previstas.

Comprende los siguientes tipos de atención: Kinesiología, Terapia Ocupacional, Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología y Musicoterapia.

DOCUMENTACIÓN (respetar correlatividad cronológica)

- Copia de Certificado de Discapacidad
- Constancia de Alumno Regular
- Formulario de resumen de Historia Clínica
- Formulario de prescripción Médica
- Conformidad de prestaciones
- Formulario de Presupuesto
- Informe inicial
- Plan de tratamiento y objetivos
- Título habilitante
- RNP – Registro Nacional de Prestadores
- Nota de Justificación de domicilio
- Nota de CBU
- C.B.U. (Constancia Bancaria Uniforme - debe corresponderse a la CUIT de facturación)
- Constancia de Inscripción a ARCA

Módulo de Rehabilitación

Entre los 4 y los 59 años de edad cronológica. Cuando el beneficiario reciba más de un tipo de prestación.

Comprende los siguientes tipos de atención: Kinesiología, Terapia Ocupacional, Psicología, Psicopedagogía y Fonoaudiología.

El servicio lo llevará a cabo un Centro de Rehabilitación.

Modalidad de cobertura:

- Módulo Integral Intensivo: comprende semana completa 5 (cinco) días
- Módulo Integral Simple: Incluye periodicidades menores a 5 (cinco) días.

DOCUMENTACIÓN (respetar correlatividad cronológica)

- Copia de Certificado de Discapacidad
- Formulario de resumen de Historia Clínica
- Formulario de prescripción Médica
- Formulario de Conformidad de prestaciones
- Formulario de Presupuesto
- Informe inicial
- Plan de tratamientos y objetivos de cada terapia
- Habilitación Municipal
- SNR – Servicio Nacional de Rehabilitación
- Nota de Justificación de domicilio
- Nota de CBU
- C.B.U. (Constancia Bancaria Uniforme - debe corresponderse a la CUIT de facturación)
- Constancia de Inscripción a ARCA

**CUANDO EL BENEFICIARIO RECIBA MÁS DE UNA PRESTACIÓN DE REHABILITACIÓN QUE NO SEA BRINDADA POR UN CENTRO HABILITADO PARA TAL FIN, LAS MISMAS DEBERÁN SER COORDINADAS ENTRE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.
LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR SE ADAPTA A PRESTACIÓN DE APOYO.**

Apoyo a la Integración Escolar Equipo

Alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en escuela común hasta la finalización del nivel educación secundaria.

Proceso de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común. El módulo implica una carga horaria mínima de 32 (treinta y dos) horas mensuales en el período escolar de Marzo a Diciembre. Instituciones o equipos categorizados para tal fin serán quienes podrán brindar este servicio. También podrá ser Centro Educativo Terapéutico con Integración.

DOCUMENTACIÓN (respetar correlatividad cronológica)

- **Copia de Certificado de Discapacidad**
- **Constancia de Alumno Regular**
- **Formulario de resumen de Historia Clínica**
- **Formulario de prescripción Médica**
- **Formulario de Conformidad de prestaciones**
- **Informe de evaluación inicial**
- **Formulario de Presupuesto**
- **Informe psicopedagógico**
- **Proyecto pedagógico individual: Firmado por todo el equipo interdisciplinario que brinda la prestación.**
- **Adaptaciones curriculares de acceso o metodológicas.**
- **Cronograma. Detalle de prestaciones intervinientes. Del equipo interdisciplinario, se requiere modalidad y carga de la integración.**
- **Formulario de Acta Acuerdo a la Integración Escolar**
- **Fotocopia de la categorización definitiva del servicio nacional de rehabilitación o junta correspondiente.**
- **SNR – Servicio Nacional de Rehabilitación**
- **Nota de CBU**
- **C.B.U. (Constancia Bancaria Uniforme - debe corresponderse a la CUIT de facturación)**
- **Constancia de Inscripción a ARCA**

Módulo Maestra de Apoyo

Alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en escuela común hasta la finalización del nivel de educación secundaria.

Proceso de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común. El módulo implica una carga horaria de 24 (veinticuatro) horas mensuales en el período de marzo-diciembre. Títulos habilitantes a brindar la prestación: Psicopedagogo/a, Profesor/a de Educación Especial o Lic. de Ciencias de la Educación.

DOCUMENTACIÓN (respetar correlatividad cronológica)

- Copia de Certificado de Discapacidad
- Constancia de Alumno Regular
- Formulario de resumen de Historia Clínica
- Formulario de prescripción Médica
- Formulario de Conformidad de prestaciones
- Informe de evaluación inicial
- Formulario de Presupuesto
- Informe psicopedagógico de las necesidades educativas especiales del menor
- Proyecto pedagógico individual, adaptaciones curriculares de acceso o metodológicas y Cronograma
- Formulario de Acta Acuerdo a la Integración Escolar
- Fotocopia del título habilitante y certificado analítico.
- RNP – Registro Nacional de Prestadores (Para Lic. en Psicopedagogía)
- Nota de CBU
- C.B.U. (Constancia Bancaria Uniforme - debe corresponderse a la CUIT de facturación)
- Constancia de Inscripción a ARCA

Centro Educativo Terapéutico

Niños y jóvenes (entre 6 y 25 años) cuya discapacidad no le permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Servicio que se brindará a personas con discapacidad teniendo como objetivo la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

La atención es individual y grupal de acuerdo a los criterios de edad, diagnóstico funcional, condiciones psicofísicas y actividades a realizar.

Jornada Simple: 2 (dos) sesiones individuales semanales de las distintas especialidades o una de una de ellas.

Jornada Doble: 3 (tres) sesiones individuales semanales de las distintas especialidades o una de una de ellas.

Los montos de las prestaciones ambulatorias de Jornada Doble, incluyen comida y una colación diaria. Cuando estas no se brinden, deben descontarse del monto mensual.

El servicio lo llevará a cabo un centro habilitado para tal fin.

DOCUMENTACIÓN (respetar correlatividad cronológica)

- Copia de Certificado de Discapacidad
- Formulario de resumen de Historia Clínica
- Formulario de prescripción Médica
- Formulario de Conformidad de prestaciones
- Formulario de Presupuesto. Escala F.I.M (si se solicita con dependencia)
- Informe inicial
- Plan de tratamientos y objetivos de cada terapia
- Habilitación Municipal
- SNR - Servicio Nacional de Rehabilitación
- Dictamen de Categorización
- Nota de Justificación de domicilio
- Nota de CBU
- C.B.U. (Constancia Bancaria Uniforme - debe corresponderse a la CUIT de facturación)
- Constancia de Inscripción a ARCA

Centro de Día

Preferentemente a partir de los 14 años. En las etapas anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de estimulación temprana, sistema educativo o centros educativos terapéuticos.

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

El servicio lo llevará a cabo un centro habilitado para tal fin.

DOCUMENTACIÓN (respetar correlatividad cronológica)

- Copia de Certificado de Discapacidad
- Formulario de resumen de Historia Clínica
- Formulario de prescripción Médica
- Formulario de Conformidad de prestaciones
- Formulario de Presupuesto. Escala F.I.M (si se solicita con dependencia)
- Informe inicial
- Plan de tratamientos y objetivos de cada terapia
- Habilitación Municipal
- SNR – Servicio Nacional de Rehabilitación
- Dictamen de Categorización
- Nota de Justificación de domicilio
- Nota de CBU
- C.B.U. (Constancia Bancaria Uniforme - debe corresponderse a la CUIT de facturación)
- Constancia de Inscripción a ARCA

Formación Laboral – Aprestamiento Laboral

Beneficiarios: personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad, con escolaridad primaria completa o incompleta.

Se entiende por Formación Laboral al proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional y su finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo.

Las especialidades de la Formación y Aprestamiento Laboral o la Rehabilitación Profesional a las que puede acceder una persona discapacitada se determinarán no sólo teniendo en cuenta las condiciones psicofísicas del mismo, sino también las reales posibilidades que tendría, de ingresar al mercado laboral competitivo o protegido.

La formación laboral se brindará en forma diaria, en jornada simple o doble, considerándose la doble jornada en todos aquellos programas que justifiquen esta modalidad.

DOCUMENTACIÓN (respetar correlatividad cronológica)

- Copia de Certificado de Discapacidad
- Constancia de Alumno Regular
- Formulario de resumen de Historia Clínica
- Formulario de prescripción Médica
- Formulario de Conformidad de prestaciones
- Informe de evaluación inicial
- Formulario de Presupuesto
- Proyecto pedagógico individual, adaptaciones curriculares de acceso o metodológicas y Cronograma.
- Habilitación Municipal
- Dictamen de Categorización
- SNR – Servicio Nacional de Rehabilitación
- Nota de justificación de domicilio
- Nota de CBU
- C.B.U. (Constancia Bancaria Uniforme - debe corresponderse a la CUIT de facturación)
- Constancia de Inscripción a ARCA

Transporte

Será requisito excluyente que conste TRANSPORTE dentro de la Orientación Prestacional determinada en CUD.

DOCUMENTACIÓN (respetar correlatividad cronológica)

- Constancia de Alumno Regular (traslados a establecimientos escolares)
- Constancia de Declaración de Domicilio del afiliado
- Formulario de prescripción de Transporte
- Solicitud de transporte para discapacidad DSM-IV
- Escala F.I.M (si se solicita transporte con dependencia)
- Formulario de declaración jurada de Transporte
- Formulario de Conformidad de prestaciones
- Formulario de Presupuesto

- Hoja de ruta Google Maps
- Habilitación Municipal para traslado de personas
- Licencia de conducir
- Cédula vigente del vehículo
- Comprobante de Seguro Automotor, Póliza y Número
- V.T.V. (Verificación Técnica Vehicular)
- Nota de CBU
- C.B.U. (Constancia Bancaria Uniforme - debe corresponderse a la CUIT de facturación)
- Constancia de Inscripción a ARCA

Dependencia

Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante de terceros para desarrollar algunas actividades básicas de la vida cotidiana como higiene, vestido, alimentación o deambulaci3n, conforme al Índice de Independencia Funcional (FIM).

La escala F.I.M. no justifica la dependencia. Puede ser confeccionada por profesional id3neo, Neur3logo, Fisiatra o Terapista Ocupacional. La misma estar3 sujeta a una Auditoría Médica.

A los aranceles de las prestaciones de: Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico y Transporte, se les reconocerá un adicional del 35% (treinta y cinco) sobre los valores establecidos.

Cambio de prestador de servicios

Como plazo máximo de 30 (treinta) días antes del comienzo de tratamiento con el nuevo prestador de servicios, el beneficiario deber3 presentar la misma documentaci3n que al inicio de tratamiento, omitiendo únicamente la prescripci3n médica y acompańando con nota de justificaci3n por cambio de prestador emitida por padre, madre, tutor o responsable.

Interrupciones de tratamientos, informar del mismo modo, mediante nota de justificaci3n.

Normas de Facturaci3n

Datos de facturaci3n

Raz3n Social: Obra Social del Personal de la Industria del Caucho de Santa F3.

CUIT: 30656236627

Factura B 3 C

Condici3n de IVA: Exento.

Detalle de producto/servicio en la factura

Prestaci3n

- Nombre completo y DNI del beneficiario.
- Cantidad de sesiones facturadas.
- Valor de la sesi3n.

- **Período facturado (Mes y año).**
- **Prestación.**

Transporte:

- **Prestación: traslado a (prestación).**
- **Nombre completo y DNI del beneficiario.**
- **Origen.**
- **Destino.**
- **Cantidad de viajes mensuales.**
- **Cantidad de kilómetros mensuales.**
- **Valor km.**
- **Período facturado (Mes y año).**
- **Dependencia SI/NO (discriminar el importe).**
- **Importe total facturado.**

Colocar en cantidad los kilómetros mensuales recorridos redondeados y en precio unitario el arancel de Transporte con o sin dependencia incluida según corresponda.

Documentación adjunta a la factura

- Planilla de asistencia formal según formulario
- Informe evolutivo semestral y anual

Presentación de facturas

En forma regular mensualmente del 1 al 10 de cada mes SIN EXCEPCIÓN.

Formato del Comprobante Fiscal: Debe ser un comprobante oficial emitido por el sistema de facturación autorizado, con validez fiscal.

El sistema permitirá únicamente incluir en la carpeta habilitada por la Superintendencia de Servicios de la Salud, la facturación correspondiente a un período de cobertura de hasta 2 (dos) meses previos según disposición de Resolución 1743/2024 sujeta a sus respectivas actualizaciones.

Todas las facturas correspondientes a las prestaciones autorizadas para un mismo período de cobertura, serán gestionadas de manera conjunta, conforme al mismo período de carpeta habilitada.

El pago de dichas prestaciones dependerá de que se cumpla con esta condición.

Plataforma SAAS

A partir del 1 de noviembre de 2024, es obligatorio el uso exclusivo de la plataforma de gestión SAAS para la presentación de facturas en el marco del sistema de Mecanismo de Integración. El prestador de servicios accederá a través de un usuario y una contraseña los cuales serán enviados por correo electrónico una vez que el legajo se encuentre aprobado. Esta plataforma les permitirá gestionar la presentación de facturas y acceder de manera eficiente a todas las facturas correspondientes a los legajos autorizados a través del siguiente link <https://ospic.saas.com.ar>

Cabe destacar que la plataforma SAAS también dispone de un correo electrónico para asistirlos en cualquier consulta o inquietud que pudiera surgir durante su utilización: soporte@saas.com.ar

Anexos

- Anexo I - Resumen de Historia Clínica.
- Anexo II - Planilla F.I.M. (Medida de Independencia Funcional).
- Anexo III - Conformidad de prestaciones.
- Anexo IV - Modelo Prescripción Médica para ESTIMULACIÓN TEMPRANA.
- Anexo V - Modelo Prescripción Médica para PRESTACIÓN DE APOYO / MODULO DE REHABILITACIÓN.
- Anexo VI - Modelo Prescripción Médica para APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO.
- Anexo VII - Modelo Prescripción Médica para MAESTRA DE APOYO.
- Anexo VIII - Modelo Prescripción Médica para CENTROS ESPECIALIZADOS (CET, CENTRO DE DIA).
- Anexo IX - Modelo Prescripción Médica para EDUCACIÓN ESPECIAL.
- Anexo X - Modelo Prescripción Médica para TRANSPORTE.
- Anexo XI - Formulario Declaración Jurada de Transporte.
- Anexo XII - Presupuesto PRESTACIÓN DE APOYO / MAESTRA DE APOYO.
- Anexo XIII - Presupuesto INSTITUCIONES.
- Anexo XIV - Presupuesto APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO.
- Anexo XV - Presupuesto TRANSPORTE.
- Anexo XVI - Solicitud de Transporte para Discapacidad DSM IV - ANEXO IV.
- Anexo XVII - Nota de CBU
- Anexo XVIII - Nota de Justificación de Domicilio
- Anexo XIX - Nota Acta Acuerdo a la Integración
- Anexo XX – Nota cambio de Prestador – Prestación
- Anexo XXI – Planilla de asistencia
- SAAS - Instructivo Carga de Facturas.

Anexo I - Resumen de Historia Clínica.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Fecha (del mismo día que las prescripciones médicas):.....

Nombre y Apellido:.....

N° de Afiliado:.....

Fecha de Nacimiento..... Edad

Antecedentes y datos positivos del examen clínico

--

Diagnóstico/Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora)

--

Evolución del paciente en el último año

--

En relación a alimentación, vestido e higiene personal

Dependiente

Autovalido

.....

Firma y sello del médico tratante

Anexo II - Planilla F.I.M. (Medida de Independencia Funcional).

F. I. M. - (Medida de Independencia Funcional)

Apellido y Nombre:	
D.N.I.:	
N° de Carnet:	
Diagnóstico:	
Edad:	
Institución:	
Fecha de Ingreso a la Institución:	
Modalidad:	

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría del Sector DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Las mismas incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	

ITEM	CONTROL DE ESFÍTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
ITEM	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
ITEM	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
ITEM	COMUNICACION	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	
ITEM	CONEXION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
Total	PUNTAJE F.I.M.	
TOTAL		

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1 – ALIMENTACIÓN

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique el grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2 – ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

3 – HIGIENE

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4 – VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

5 – VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y características de la dependencia.

6 – USO DEL BAÑO

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7 – CONTROL DE INTESTINOS

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

8 – CONTROL DE VEJIGA

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9 – TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie.

Grado de participación del paciente.

10 – TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11 – TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12 – MARCHA / SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13 – ESCALERAS

Implica subir y bajar escalones.

14 – COMPRENSIÓN

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

15 – EXPRESIÓN

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16 – INTERACCIÓN SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17 – RESOLUCIONES DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos.

18 – MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

.....
Firma y sello del profesional interviniente

Anexo III - Conformidad de prestaciones.

CONFORMIDAD DE PRESTACIONES 2025

DATOS DEL AFILIADO

Fecha _____

Nombre y Apellido del beneficiario

N° de afiliadoDNI

Doy mi consentimiento respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan:

PRESTACIONES

Prestación:

.....
..... Frecuencia semanal Frecuencia

mensual Período desde mes
..... hasta mes
.....

Prestación:

.....
..... Frecuencia semanal Frecuencia

mensual Período desde mes
..... hasta mes
.....

Prestación:

.....
..... Frecuencia semanal Frecuencia

mensual Período desde mes
..... hasta mes
.....

Prestación:

.....
..... Frecuencia semanal Frecuencia

mensual Período desde mes
..... hasta mes
.....

Prestación:				
.....				
..... Frecuencia semanal Frecuencia				

mensual		Período	desde	mes
.....		hasta		mes
.....				

Prestación:				
.....				
..... Frecuencia semanal Frecuencia				

mensual		Período	desde	mes
.....		hasta		mes
.....				

Prestación:				
.....				
..... Frecuencia semanal Frecuencia				

mensual		Período	desde	mes
.....		hasta		mes
.....				

.....

Firma, aclaración

.....

DNI

Vínculo con el afiliado

Anexo IV - Modelo Prescripción Médica para ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA MÓDULO ESTIMULACIÓN TEMPRANA

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS

Fecha (del mes anterior al período solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario

N° de afiliado DNI

Diagnóstico según CUD

.....

SOLICITO MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Especialidades con cantidad de sesiones semanales

.....

.....

.....

PERIODO: Desde Hasta Año

.....

Firma y sello del médico tratante

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PRESTACIÓN DE APOYO / MÓDULO DE REHABILITACIÓN

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS

Fecha (del mes anterior al período solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario

N° de afiliado DNI

Diagnóstico según CUD

.....

PRESTACIÓN

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES

(sesiones semanales por 4 semanas)

PERIODO Desde

Hasta Año

PRESTACIÓN

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES

(sesiones semanales por 4 semanas)

PERIODO Desde

Hasta Año

PRESTACIÓN

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES

(sesiones semanales por 4 semanas)

PERIODO Desde

Hasta Año

.....

Firma y sello del médico tratante

Anexo VI - Modelo Prescripción Médica para APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS

Fecha (del mes anterior al período solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario

N° de afiliado DNI

Diagnóstico según CUD

.....

SOLICITO MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO

PERIODO Desde Hasta Año

.....
Firma y sello del médico tratante

Anexo VII - Modelo Prescripción Médica para MAESTRA DE APOYO.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA MAESTRO DE APOYO

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS

Fecha (del mes anterior al período solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario

N° de afiliado DNI

Diagnóstico según CUD

.....

SOLICITO MÓDULO MAESTRO DE APOYO

PERIODO Desde Hasta Año

.....

Firma y sello del médico tratante

Anexo VIII - Modelo Prescripción Médica para CENTROS ESPECIALIZADOS (CET, CENTRO DE DIA)

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA CENTROS ESPECIALIZADOS (CET, CENTRO DE DÍA)

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS

Fecha (del mes anterior al período solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario

N° de afiliado DNI

Diagnóstico según CUD

SOLICITUD:

.....

.....

SIMPLE
CON DEPENDENCIA

DOBLE
SIN DEPENDENCIA

PERIODO

Desde Hasta Año

.....
Firma y sello del médico tratante

Anexo IX - Modelo Prescripción Médica para EDUCACIÓN ESPECIAL.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA EDUCACIÓN ESPECIAL

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS

Fecha (del mes anterior al período solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario

N° de afiliado DNI

Diagnóstico según CUD

SOLICITO

ESCOLARIDAD

PRE-PRIMARIA

ESCOLARIDAD PRIMARIA

FORMACION LABORAL

APRESTAMIENTO LABORAL

EN JORNADA

SIMPLE

DOBLE

PERIODO

Desde Hasta Año

.....
Firma y sello del médico tratante

Anexo X - Modelo Prescripción Médica para TRANSPORTE.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA TRANSPORTE

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS

Fecha (del mes anterior al período solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario

N° de afiliado DNI

Diagnóstico según CUD

SOLICITO TRANSPORTE

IDA
IDA Y
PRESTACIÓN
VUELTA

CON DEPENDENCIA
SIN DEPENDENCIA

LUGAR DE PARTIDA

LUGAR DE DESTINO

PERIODO Desde Hasta Año

JUSTIFICAR LA IMPOSIBILIDAD DE USAR TRANSPORTE PÚBLICO

.....
Firma y sello del médico tratante

Anexo XI - Formulario Declaración Jurada de Transporte.

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE TRANSPORTE

En la ciudad de Fecha

Por medio de la presente, en mi carácter de padre/madre/tutor de
..... DNI ;

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

.....

Firma, aclaración

.....

DNI

.....

Firma, aclaración del prestador de transporte

Anexo XII - Presupuesto PRESTACIÓN DE APOYO / MAESTRA DE APOYO.

PRESUPUESTO PRESTACIÓN DE APOYO / MAESTRA DE APOYO

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS. ESPACIOS HASTA EL CONSENTIMIENTO DEBEN RESPETAR MISMA TINTA Y LETRA

Fecha anterior al período solicitado y localidad de emisión del presente presupuesto

Razón social del prestador
 CUIT - Teléfono de contacto (.....) -
 Mail de contacto
 Domicilio de atención
 Localidad/Provincia

Nombre y Apellido del beneficiario
 DNI N° de afiliado:

PRESTACIÓN

Prestación a brindarse

Cantidad de sesiones semanales Valor de cada sesión \$

Cantidad de sesiones mensuales hasta Importe mensual hasta \$
 (a razón de 4 semanas por mes)

PERIODO Desde Hasta Año

Observaciones

Asegurar la no superposición con las demás prestaciones	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
De:						
A:						

Firma y sello del profesional

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al esquema descripto precedentemente al beneficiario DNI N° de afiliado:

Firma

Aclaración
 Vínculo con el afiliado
 DNI del firmante

Lugar y fecha de firma del consentimiento

Anexo XIII - Presupuesto INSTITUCIONES.

PRESUPUESTO INSTITUCIONES

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS. ESPACIOS HASTA EL CONSENTIMIENTO DEBEN RESPETAR MISMA TINTA Y LETRA

Fecha anterior al período solicitado y localidad de emisión del presente presupuesto

Razón social del prestador
CUIT - Teléfono de contacto (.....) -
Mail de contacto
Domicilio de atención
Localidad/Provincia
Nombre y Apellido del beneficiario
DNI N° de afiliado:

PRESTACIÓN

Prestación a brindarse

Jornada	☐ Simple	☐ Doble	Categoría	☐ A
	☐ Con dependencia	☐ Sin dependencia (35%)		☐ B
				☐ C

Importe sin dependencia \$ Importe mensual hasta \$

PERIODO Desde Hasta Año

Observaciones

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
De:						
A:						

Firma de representante de la institución y sello

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al esquema descripto precedentemente al beneficiario

..... DNI N° de afiliado:

Firma

Aclaración

Vínculo con el afiliado

DNI del firmante

Lugar y fecha de firma del consentimiento

Anexo XIV - Presupuesto APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO.

PRESUPUESTO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS. ESPACIOS HASTA EL CONSENTIMIENTO DEBEN RESPETAR MISMA TINTA Y LETRA

Fecha anterior al período solicitado y localidad de emisión del presente presupuesto

Razón social del prestador
 CUIT - Teléfono de contacto (.....) -
 Mail de contacto
 Domicilio de atención
 Localidad/Provincia

Nombre y Apellido del beneficiario
 DNI N° de afiliado:

PRESTACIÓN

Prestación a brindarse

Importe mensual \$

PERIODO Desde Hasta Año

Observaciones

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
De:						
A:						

Firma de representante de la institución y sello

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al esquema descripto precedentemente al beneficiario

..... DNI N° de afiliado:

Firma

Aclaración

Vínculo con el afiliado

DNI del firmante

Lugar y fecha de firma del consentimiento

Anexo XV - Presupuesto TRANSPORTE

PRESUPUESTO TRANSPORTE

CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS. ESPACIOS HASTA EL CONSENTIMIENTO DEBEN RESPETAR MISMA TINTA Y LETRA

.....
Fecha anterior al período solicitado y localidad de emisión del presente presupuesto

Razón social del prestador
CUIT - Teléfono de contacto (.....) -
Mail de contacto
Domicilio de atención
Localidad/Provincia
Póliza y N°:
Nombre y Apellido del beneficiario
DNI N° de afiliado:

TRASLADO

☐ Con Dependencia	☐ Sin Dependencia
---------------------------------------	---------------------------------------

Valor del KM sin dependencia \$ Valor total del KM \$

Domicilio de partida

Domicilio de destino

Prestación del destino

KM diarios Importe diario hasta \$

KM mensuales Importe mensual hasta \$

PERIODO Desde Hasta Año

CRONOGRAMA (Marcar con una X los días de traslado según corresponda)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

.....
Firma de representante de la institución y sello

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al esquema descripto precedentemente al beneficiario DNI N° de afiliado:

Firma

Aclaración

Vínculo con el afiliado

DNI del firmante

Lugar y fecha de firma del consentimiento

Anexo XVI - Solicitud de Transporte para Discapacidad DSM IV - ANEXO IV.

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD DSM IV – ANEXO IV

Nombre y Apellido del beneficiario

N° de afiliado DNI

Actividad laboral de los padres:

Detalle	Nombre y Apellido	Actividad	Horario/Turno
Madre			
Padre			
Tutor/Encargado			

Actividad laboral de los hermanos

Detalle	Nombre y Apellido	Actividad	Horario/Turno

Diagnóstico:

Deficiencia:

Justificación médica de la solicitud de transporte:

.....

.....

Firma y sello del médico tratante

.....

Firma del Prestador

Anexo XVII - Nota de CBU

NOTA DE CBU

Rosario,.....de.....20.....

Sres.
OSPIC SANTA FE
Pasco 1041

Mediante la presente cumpla en informarles la cuenta bancaria donde podrán depositar mis pagos:

Cuenta: Caja de ahorro \$ / Cuenta Corriente \$ (tachar lo que NO corresponda)

Banco y N° de cuenta:_____

CBU: (22 dígitos)_____

Denominación (titular o empresa):_____

CUIT: __ - _____ - __

Beneficiarios a los que se les brinda prestación:

➤
➤
➤
➤
➤

Sin otro particular, saluda a Uds. muy atentamente,

Firma:_____

Aclaración:_____

Email:_____

La presente se aplica a todos los prestadores que brinden prestaciones por DISCAPACIDAD, se deberán consignar los datos de CUENTA PROPIA o de TITULARIDAD COMPARTIDA (incluir a los dos titulares en este caso), la misma debe ser presentada en ORIGINAL a la Delegación de OSPIC que corresponda.

Anexo XVIII - Nota de Justificación de Domicilio

JUSTIFICACIÓN DOMICILIO DE ATENCION

Rosario ,.....de.....de 20.....

Se deja constancia que de que el/la paciente.....DNI..... ,
asiste a (prestación).....con el profesional
.....en su consultorio de calle.....,
siendo éste el domicilio de atención.

Firma y sello del profesional

Anexo XIX - Nota Acta Acuerdo a la Integración

Acta Acuerdo

Apoyo a la Integración Escolar

Completar todos los campos del Formulario

En el día de la fecha, en la ciudad de.....se establece el presente acuerdo entre la Escuela.....con domicilio sito en.....representada por.....la Maestra de Apoyo / el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar / Acompañante terapéutico representado pory la familia del niño/a.....

con DNI

Para lleva a cabo la Integración del niño/a en el

Año / Sala.....Turno.....

En los Horarios

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Desde.....

Hasta.....

La Institución educativa y la Maestra de Apoyo I Equipo de AIE /A.T se compromete a:

- Atender al niño según las necesidades vinculada s a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y fina en forma interdisciplinaria.

La Familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

La continuidad del alumno en el Proyecto de Integración escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de A poyo a la Integración Escolar. quienes. en forma conjunta. podrán considerar toda vez que el caso lo amerite un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por:

- Incumplimiento de los Items mencionados ut-supra
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
- Modificaciones importante s en la conducta.

Firma y sello de
La Escuela Común
Donde se realiza
la Integración

Firma del Padre/
Madre/Tutor

Firma y sello de
Maestra / Equipo de
A.I.T. / A. T

Aclaración.....

Aclaración.....

Aclaración.....

Anexo XX – Nota cambio de Prestador – Prestación

Nota cambio de Prestador

Le informamos el cambio de profesional para la prestación de
correspondiente afiliado /a la afiliadaDNI.....
Prestador anterior:CUIT Nº.....
RNP / Categorización vigente:
Período brindado desde el... .. al.....
Prestador nuevo:CUIT Nº:.....
RNP / Categorización vigente:.....
Motivo del cambio:.....
.....

Nota cambio prestación

Le informamos el cambio de prestación
del afiliado / de la afiliadaDNI.....
Prestación Anterior:
Prestador:... ..CUIT Nº
RNP / Categorización vigente:
Prestación Nueva:.....
Prestador: ,CUIT Nº
RNP / Categorización vigente.....
Motivo del cambio:.....

Firma Institución / Prestador

Firma Familiar

APELLIDO Y NOMBRE BENEFICIARIO	
DOCUMENTO BENEFICIARIO	
RAZÓN SOCIAL / PRESTADOR / TRANSPORTE	
N° DE FACTURA RELACIONADA	
TIPO DE PRESTACIÓN	
PERÍODO (MES Y AÑO)	

Firma y sello PRESTADOR

SAAS[®]

CARGA DE FACTURAS

INGRESO A LA PLATAFORMA POR PRIMERA VEZ	3
OLVIDO DE CONTRASEÑA	5
CARGAR UNA FACTURA	11
SUBIR DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA	19
BUSCAR O EDITAR UNA FACTURA CARGADA	22
DUDAS Y CONSULTAS	26

INGRESO A LA PLATAFORMA POR PRIMERA VEZ

- Si es la primera vez que ingresas en SAAS, el primer paso es crear una contraseña. Luego de que te hayan creado un usuario, recibirás un correo electrónico para realizar la activación de usuario. Este correo irá a la misma casilla de mail que hayas otorgado para la creación de tu usuario.
- Si no podés encontrar el correo, asegurate de revisar spam, notificaciones y todas las distintas secciones que tengas en tu correo electrónico (este mail CADUCA a las 48 hs de la creación).



Al abrir el correo recibido, debemos hacer click en el botón azul “Activar mi cuenta”



Bienvenido al Sistema de Administración de Salud!

Para completar el proceso de activación de “Mi Cuenta” por favor haga click en el botón a continuación:

Activar mi cuenta

O puede copiar y pegar la siguiente dirección URL en la barra del navegador:

malanza.saas.com.ar/session/new-password/08d8fddc-937e-4604-8110-61
af66e7659c/CTDJPWPOTY6dvp1n6Tq6ObKkGhxq7zJ90eRfmaJA325HfB
D8rTA%2fANaJpEP87o5T08PhC2Wg3cwq2AvYkzVI54kR%2Tq6dFT3E
COGHThpccA0D.JbrqL3%2fX4oBzDU7Yk4uwX0x96Zuo3%2Bk6GO6H
RQGHAIQ1DqGuilidmSyRtsYbzrGn3EE5BgsPpSP%2ZjKpQlNjKJweRN
sSmxIK8Ep9hgMhZpAJcgq%2fwQ

En la nueva pantalla, deberemos escribir una contraseña en el campo “Nueva contraseña” y repetirla en el campo “Repetir contraseña”. Luego presionaremos click en el botón de “Enviar”

SAAS°

Completa el formulario para cambiar tu contraseña.

Nueva contraseña

.....

Repetir contraseña

.....

ENVIAR

[Acceder a mi cuenta](#)

REENVIAR MAIL

Una vez enviada la contraseña, podremos proceder a ingresar al sistema completando con los datos correspondientes y haremos click en el botón ingresar:

SAAS°

Ingresa tus datos para iniciar sesión.

Email

romina@saas.com.ar

Contraseña

.....

INGRESAR

[Olvidé mi contraseña](#)

OLVIDO DE CONTRASEÑA

En caso de que hayamos olvidado nuestra contraseña, deberemos ir a la página de log-in de SAAS provista por la obra social (ej: <https://obrasocial.saas.com.ar>), y hacer click en el link “Olvidé mi contraseña”

SAAS°

Ingresa tus datos para iniciar sesión.

Email

Contraseña

INGRESAR

[Olvidé mi contraseña](#)

Colocaremos el correo electrónico asociado a nuestro usuario y seleccionaremos "Enviar".

SAAS°

Ingresa tu email y te enviaremos las instrucciones para resetear tu contraseña.

Email

romina@saas.com.ar

ENVIAR

[Acceder a mi cuenta](#)



Lo siguiente que debemos hacer, es revisar nuestra casilla de correo electrónico y buscar un mail con el Asunto “Restablecer contraseña”



Al abrir el correo, presionaremos el botón de “Restablecer contraseña”

SAAS°

Restablecer Contraseña

Para completar el proceso de **reseteo de contraseña** por favor hacé click en el botón a continuación.

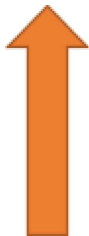
Restablecer contraseña

O puedes copiar y pegar la siguiente dirección URL en la barra del navegador:

maianza.saas.com.ar/session/new-password/08d8fddc-937e-460f-8110-61afe6e7659c/CFDj8PwpOY6dvpIn6T3q6ObIKhtpSFgd23CPZx4EIDLdsCPXFq268QWuacFbuJ%2fRqsjWZUEhRQuiQ TbAO GhN0nfmKkASZCOJuxw6oOsP sSku gc4V kQFPx pG4LXizuDKVLv6yFePF4yIghHuw1tF%2f9mJ%2p hRL5PNmXBC OTO%2fuRvdOSzMgh%2bGkT1An21Tc2axXbGWtrNQVpDyHtdVuHfHmENDfn VtjFBciqVCXWzie6k%2ftrb

En la nueva pantalla, deberemos escribir una contraseña en el campo “Nueva contraseña” y repetirla en el campo “Repetir contraseña”. Luego presionaremos click en el botón de “Enviar”.

SAAS°



Completa el formulario para cambiar tu contraseña.

Nueva contraseña	Repetir contraseña
---------------------------	-----------------------------

ENVIAR

[Acceder a mi cuenta](#)

REENVIAR MAIL

Seremos redireccionados a la pantalla de log-in nuevamente, donde colocaremos el correo electrónico asociado a nuestro usuario y la contraseña que hemos establecido. Presionamos el botón “Ingresar”.

SAAS°

Ingresa tus datos para iniciar sesión.

Email

romina@saas.com.ar

Contraseña

.....

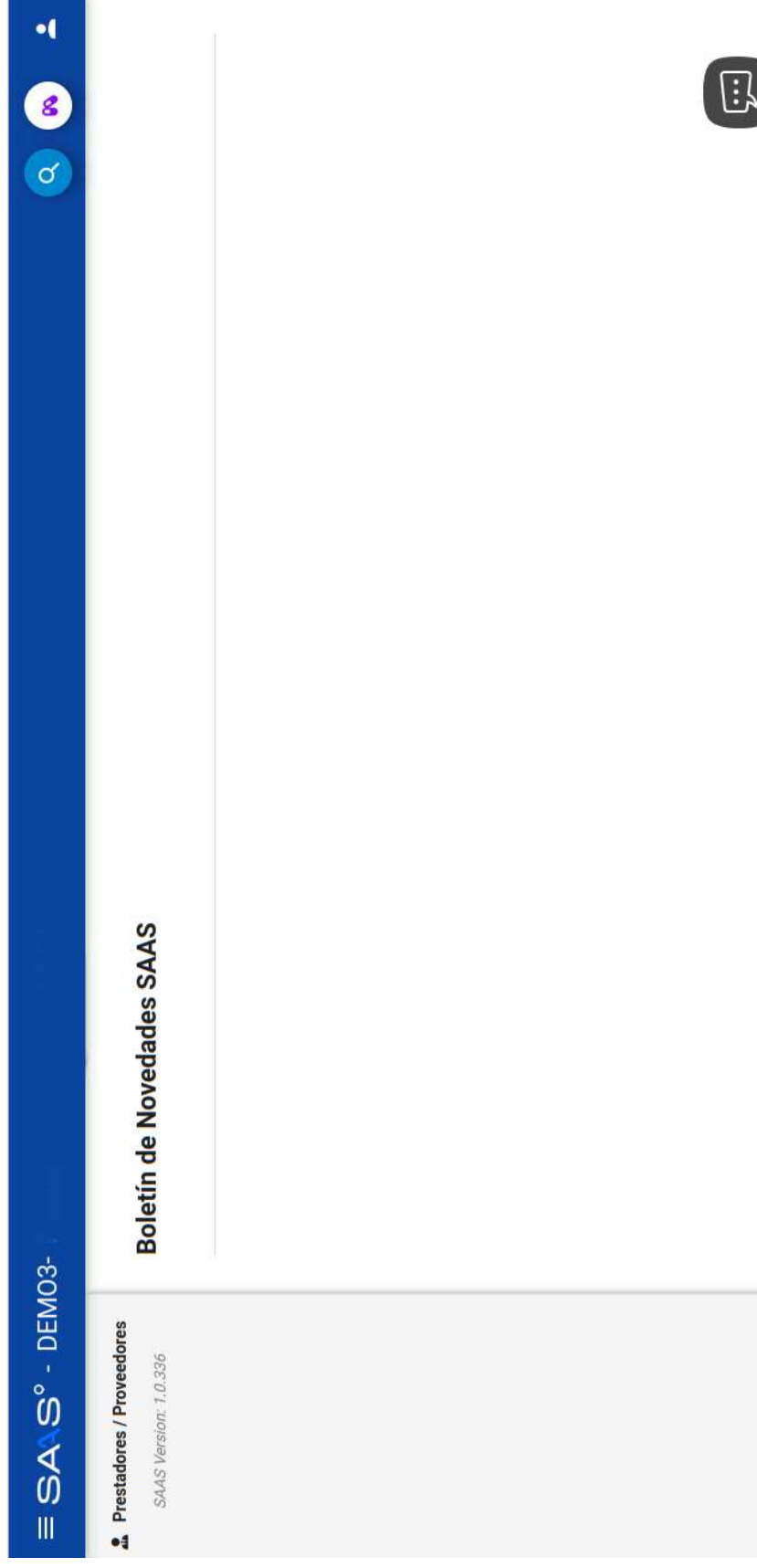
INGRESAR

[Olvidé mi contraseña](#)



CARGAR UNA FACTURA

Una vez logueados en la plataforma veremos una pantalla similar a la siguiente:



En el menú izquierdo, haremos click en “Prestadores / proveedores” y luego en la opción “Facturas - Listado”. Dentro de la nueva pantalla, presionaremos el botón “+ Cargar comprobante”.

SAAS° - DEMO

Prestadores / Proveedores

Facturas - Listado

Facturas - Documentación

Pagos x Transferencia

Auditorías - Listado

Auditorías - Comentarios

Auditorías - Cambios Area

Prestadores - Listado

SAAS Version: 1.0.336

PRESTADORES -> Listado de CPBTs Emitidos por Prestadores / Proveedores (alt+q)

+ CARGAR COMPROBANTE

EXPORTAR CSV

EXPORTAR EXCEL

EXPORTAR ESTANDARIZADO

Filtros

Id

Area

Confirmado

Mostrar totalizadores

FILTROS DEL COMPROBANTE

FILTROS DE INTEGRACION

MAS FILTROS

BUSCAR COMPROBANTE

BORRAR FILTROS

ID

CAE

Facturado x

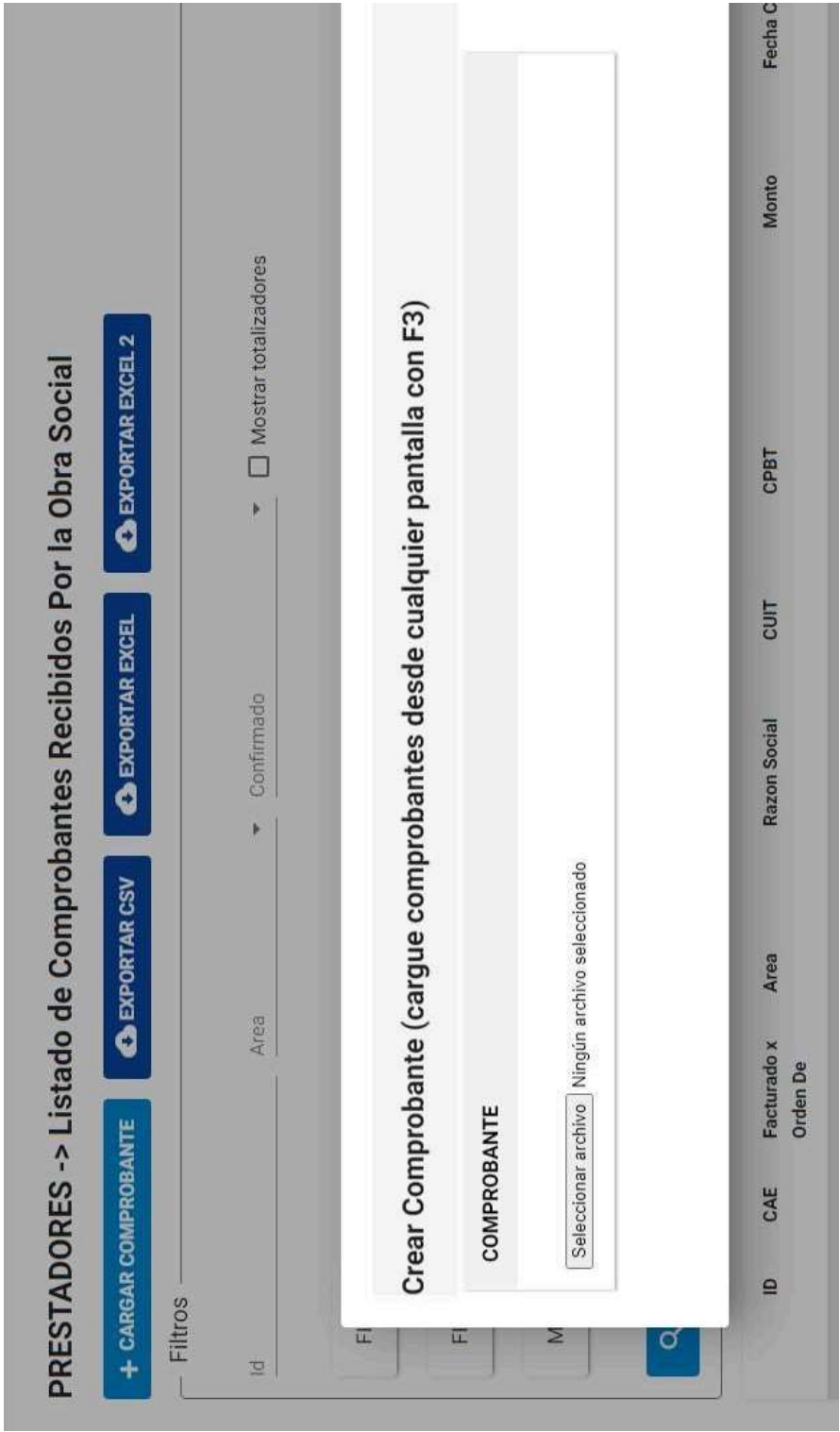
Area

Razón Social

CPBT

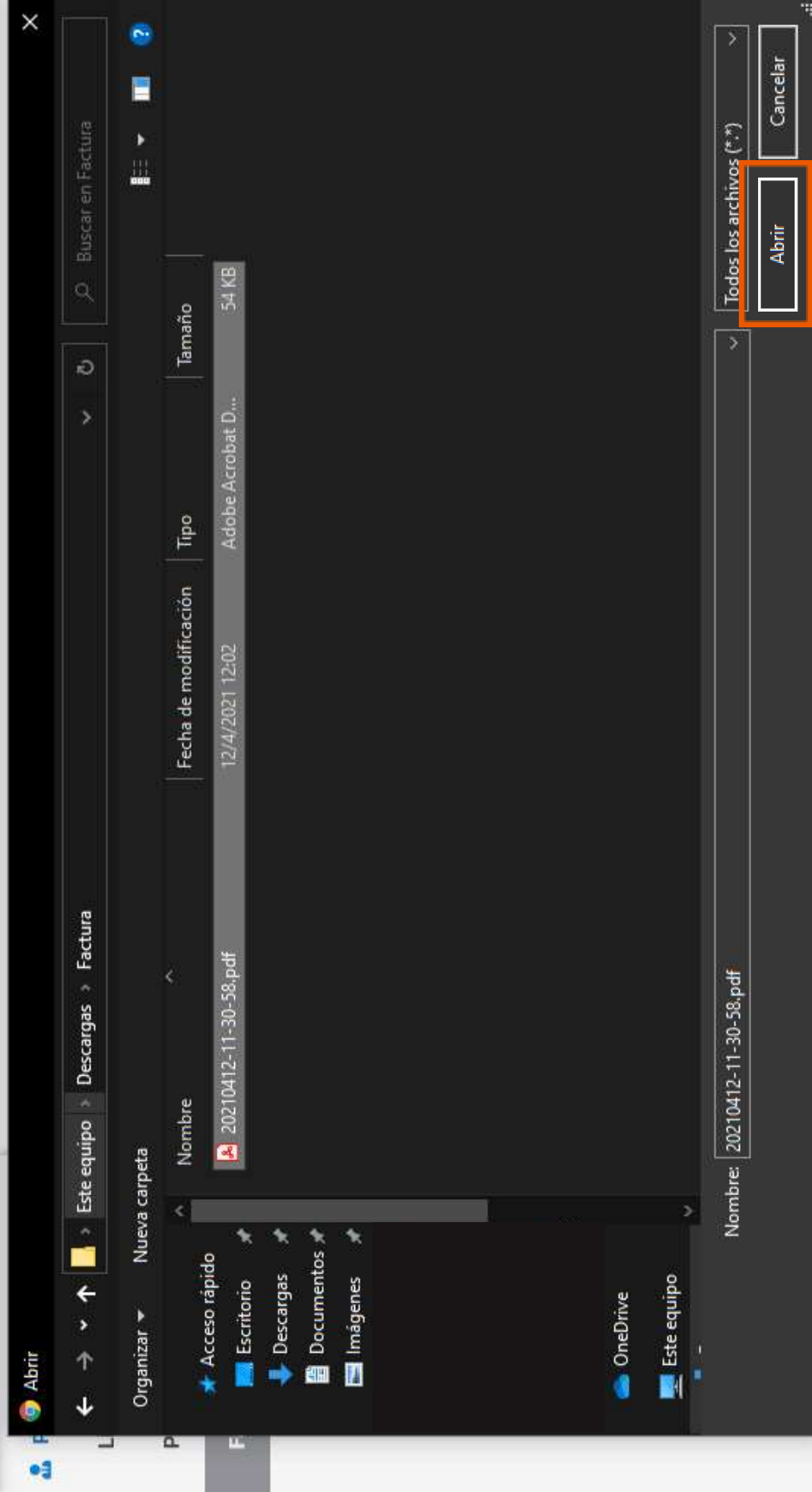
Monto

Luego de clicar el botón de “+Cargar Comprobante” veremos una nueva pantalla donde tendremos que clicar en el botón “Seleccionar archivo”, y procederemos a buscar la factura que necesitamos cargar.



Aquí, tenemos que buscar la ubicación de la factura. La seleccionaremos y presionaremos “Abrir”

≡ SAS° - DEMO- AGLASC SA



Esperamos a que termine de cargar.

2- AGLASC SA

PRESTADORES -> Listado de Comprobantes Recibidos Por la Obra Social

+ CARGAR COMPROBANTE

EXPORTAR CSV

EXPORTAR EXCEL

EXPORTAR EXCEL 2

Filtros

Id

Area

Confirmado

Mostrar totalizadores

Crear Comprobante (cargue comprobantes desde cualquier pantalla con F3)

COMPROBANTE

Seleccionar archivo

Noviembre 2021.pdf

Intentando leer la factura...

Orden De

[illegible]

Crear Comprobante

COMPROBANTE

[VER COMPROBANTE](#)

ELIMINAR COMPROBANTE

DATOS DEL COMPROBANTE

CUIT *

Facturado por orden de

Seleccionar Gerenciador

Area destinado

GUARDAR

COMENTARIOS

Comentarios del Prestador / Gerenciador:

ID

CAE

Facturado x

Area

Razon Social

CUIT

CPBT

Monto

Fecha Cpb

Fecha

Recibid

En el campo de “Área destinado” podremos seleccionar qué tipo de factura es la que estamos subiendo: puede ser hospitales de autogestión, prestaciones con o sin recupero, integración, etc. Las facturas de integración tienen ciertas particularidades, por lo que sugerimos que revisen el instructivo correspondiente.

Para finalizar, presionaremos en el botón “Guardar”, presente en el sector inferior izquierdo de la pantalla.

SA S° - demo2- AGLASC SA

Crear Comprobante

COMPROBANTE
[VER COMPROBANTE](#) **ELIMINAR COMPROBANTE**

DATOS DEL COMPROBANTE
CUIT *
Facturado por orden de
Seleccíonar Gerenciador
Área destinado
GUARDAR

COMENTARIOS
Comentarios del Prestador / Gerenciador:

ID	CAE	Facturado x Orden De	Área	Razon Social	CUIT	CPBT	Monto	Fecha Cpbtt	Fecha Recibid
----	-----	-------------------------	------	--------------	------	------	-------	-------------	------------------

Para las facturas que no son de integración, al finalizar la carga de los datos y guardar, veremos el apartado de “Documentación Respaldatoria”:

SA S° - demo2- AGLASC SA

Pre

List

Pro

Pag

Fac

Aud

Aud

S

CUIT *

Facturado por orden de

Selecccionar Gerenciador

Area destinado

Gastos Varios

Comprobante Tipo *

Punto de Venta *

Comentarios del Prestador / Gerenciador:

DOCUMENTACION RESPALDATORIA

AGREGAR DOCUMENTO

ID	Descripcion	Link	Usuario	Subido
No data to display				

GUARDAR

El CAE fue validado.

SUBIR DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

Para cargar documentación respaldatoria de la factura, iremos a la caja de “Documentación Respaldatoria” y haremos click en el botón azul “Agregar Documento”.

SAAS° - demo2- AGLASC SA

Prestadores
Listado de Pre
Pagos x Trans
Facturas/Cont
Auditoria
Auditoria - Co
SAAS Versio

Area destinado
Gastos Varios

Comprobante Tipo *

Punto de Venta *

Numero *

Monto *

GUARDAR

El CAE fue validado.

DOCUMENTACION RESPALDATORIA

AGREGAR DOCUMENTO

ID	Descripcion	Link	Usuario	Subido
No data to display				
				0 total

Fecha
Vencimien

Dentro del modal que se abre al clicar en el botón “Agregar Documento”, deberemos escribir de manera obligatoria el nombre que queremos darle al archivo que vamos a subir. Luego haremos click donde dice “Ningún archivo seleccionado” y buscaremos el documento deseado dentro de nuestra computadora siguiendo las mismas instrucciones mencionadas en el paso 5.

Agregar documento

Descripcion *

DNI

Seleccionar Archivo

dni.pdf

ELIMINAR

GUARDAR

Una vez hayamos seleccionado el archivo, presionaremos el botón “Guardar”

Agregar documento

Descripcion *

DNI

Seleccionar Archivo

dni.pdf

ELIMINAR

GUARDAR

Podemos ver que el documento ha sido agregado dentro de la caja “Documentación respaldatoria”. Si hacemos click en “DOC” debajo de la columna, “Link” podremos ver el archivo subido en una nueva ventana. Podemos repetir este procedimiento tantas veces sea necesario.

SA S° - demo2- AGLASC SA

Se ha guardado el documento!

Area destinado

Gastos Varios

Comprobante Tipo *

Punto de Venta *

Numero *

Monto *

GUARDAR

El CAE fue validado.

DOCUMENTACION RESPALDATORIA

AGREGAR DOCUMENTO

ID	Descripcion	Link	Usuario	Subido
2364	DNI	DOC	romina@saas.com.i	14/12/202

1 total

BUSCAR O EDITAR UNA FACTURA CARGADA

Buscar una factura desde la Lupa

Para ubicar una factura ya cargada en sistema puede apretar en su teclado el botón f2 o hacer click en la lupa de arriba a la derecha.



La lupa abrirá un modal de consulta, donde deberá poner punto de venta, guión del medio, número de comprobante y apretar enter, eso traerá el dato de la factura.

1-0233

q

-SUGERENCIA: Puede acceder rapidamente a este buscador con la tecla F2-

Buscar una factura desde el Menú

Otra manera de buscar facturas es yendo a “Prestadores/Proveedores → Facturas - Listado”

 Prestadores / Proveedores
Facturas - Listado
Facturas - Documentación
Facturas no presentadas
Pagos x Transferencia
Auditorías - Listado
Auditorías - Comentarios
Auditorías - Cambios Area
Auditoría - Items

Tras ingresar en “Prestadores/Proveedores → Facturas - Listado”, podrá visualizar el listado de facturas. Es posible que deba desplazarse hacia abajo en la pantalla.

CONF. NO PEDIDAS

PEND. CAE INVÁLIDO

PEND. C/LEGAJO/DOC

PEND. S/DOC RESP.

PEND. S/LEGAJO

BUSCAR COMPROBANTE

BORRAR FILTROS

-filtros rápidos Integración-

ID	CAE	Facturado x Orden De	Area	Razón Social	CPBT
8748		A01 -		HOSPITAL	Factura C: 2 - 4654

Las que aparezca la letra en color rojo significa que el estado de la misma es “sin confirmar por la obra social” , cuando la letra esta en negro significa que fue confirmada.

DROGUERIA									
	8660		A01 - 	SUR		Factura B: 7 - 37526	\$ 168.922,40	08/05/2023	15/05/2023
	8643		A01 - 	SUR		Factura B: 9 - 24267	\$ 70.954,54	02/05/2023	12/05/2023

Si necesita editar una factura o agregar documentación a una factura YA CARGADA, podrá realizar la modificación y guardar los cambios desde el cuadrado gris.



DUDAS Y CONSULTAS

Ante cualquier duda, recuerde que puede utilizar el chat presente en el sector inferior derecho de la pantalla.



También puede escribirnos a soporte@saas.com.ar