



**OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL TURISMO,
HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA
REPÚBLICA ARGENTINA**

**SOLICITUD de COBERTURA por DROGADEPENDENCIA
AÑO 2018. INSTRUCTIVO.**

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).

En caso de dudas comunicarse a través de: Tel.: 4341-8079 (Directo y Fax) / 4341-8090 Int.: 954 / Sector DROGADEPENDENCIA
e-mail: ape.drogadependencia@uthgra.org.ar / www.osuthgra.org.ar / Descargas para Trámites / Para Trámites Sobre Adicciones.

REQUISITOS TRATAMIENTO DROGADEPENDENCIA

DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL BENEFICIARIO

- Fotocopias de las primeras hojas del D.N.I. del titular y del paciente.
- Fotocopias de la credencial del titular y del paciente.
- Constancia de CUIL del paciente emitida por ANSES. (Se gestiona por Internet ingresando a www.anses.gov.ar – Constancia de CUIL, cuando ya se posee o comunicándose al 130 Anses).
- EN EL CASO DE AFILIADOS GASTRONÓMICOS, deberán presentar fotocopia del último recibo de sueldo.
- EN EL CASO DE AFILIADOS MONOTRIBUTISTAS, deberán presentar los últimos 6 tickets de pago correlativos del monotributo **ANTERIORES** al inicio de la prestación.

DOCUMENTACION A PRESENTAR POR LAS INSTITUCIONES

- (1) Solicitud y/o prescripción médica de tratamiento para el paciente según su patología, en la que deberá figurar el diagnóstico presuntivo indicado con el código del DSM IV y la modalidad de tratamiento correctamente consignada (*). La misma NO DEBERA ser confeccionada con membrete de la institución tratante, ni firmada por un profesional perteneciente a la misma.
- (2) Resumen de Historia Clínica (RHC), completo en todos sus ítem, según Resolución 400/16 (Anexo II, Punto 2.4) de la Superintendencia de Servicios de Salud, disponible en www.osuthgra.org.ar / Descargas para Trámites / Para Trámites sobre Adicciones (*).
- (3) Consentimiento informado firmado por el paciente y por el profesional tratante. En caso de sujetos menores de edad o civilmente incapaces deberá ser firmado por el mayor responsable. Los mismos se encuentran disponibles en www.osuthgra.org.ar / Descargas para Trámites / Para Trámites sobre Adicciones (*).
- (4) Informe diagnóstico del paciente según DSM IV, consignando los cinco ejes (sin aplazar ninguno), describiendo como diagnóstico principal en el Eje I el diagnóstico de adicciones.
- (5) Hoja de Evolución Mensual del tratamiento firmada y sellada por el profesional tratante que explicita el mes al que corresponde. En la misma deberá hacerse referencia, entre otras cosas, a los temas que se están trabajando en los espacios de tratamiento y a la situación en que se encuentra el paciente con respecto al consumo de sustancias (*).
- (6) Enviar Epicrisis del tratamiento toda vez que ocurra cambio de modalidad, alta o abandono, detallando fecha de ingreso a la institución, modalidad de tratamiento, motivo por el cual se la ha dado el alta o ha sucedido el abandono de tratamiento, situación familiar, escolar, laboral y judicial, enfermedades actuales y antecedentes, evaluación del proceso de tratamiento, firmada por el profesional tratante (*).
- (7) En el caso de que un afiliado continúe en la misma modalidad de tratamiento que el semestre anterior, deberán enviar un informe clínico que justifique dicha continuidad teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Resolución 400/16 (Anexo III) (*).

- Presupuesto original indicando: fecha de emisión, nombre y número de beneficiario, módulo de tratamiento (*) e importe mensual firmado y sellado por un representante de la Institución.
- Copia de la Resolución extendida de la Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud perteneciente a la Institución, como así también la Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud del Director Médico, ambas vigentes a la fecha de inicio de tratamiento.
- En el caso de prestadores particulares, fotocopia de la Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud del profesional, vigente a la fecha de inicio de la prestación.
- El presupuesto, la prescripción de tratamiento, el RHC y los consentimientos informados (del paciente y/o responsable) serán presentados en cada solicitud o renovación de tratamiento y en los cambios de modalidad con la fecha que corresponda a cada caso particular.

(*) Se solicita que toda vez que se consigne la modalidad de tratamiento ya sea, en la prescripción, consentimiento informado, RHC, informes, epicrisis y presupuesto, sea de acuerdo a la siguiente nomenclatura:

- Módulo de Consulta y Orientación.
- Ambulatorio de Control y Prevención de Recaídas
- Hospital de Día (Módulo 4 hs.).
- Hospital de Día (Módulo 8 hs.).
- Hospital de Noche.
- Internación Psiquiátrica para Desintoxicación.
- Internación en Comunidad Terapéutica.

Considerando la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, a partir del 01/04/2011 será requisito enviar a esta Obra Social la siguiente información por cada beneficiario de la OSUTHGRA internado en vuestra institución, dentro de la primera semana de internación:

- ***Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifiquen la internación, con la firma de, al menos, dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales deberá ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra (Art.16 Inc. a).***
- ***En aquellos casos en que la internación exceda los 60 días se deberá enviar copia del informe realizado al Juzgado correspondiente (Art. 18) y un informe justificando la prolongación de la misma.***

Además se informa que a fin de cumplir con los preceptos de la mencionada ley (Art. 37), se realizará un seguimiento más riguroso sobre los informes de los tratamientos de nuestros beneficiarios.

Sugerimos que para la derivación a los diferentes tipos de tratamientos, se tenga en cuenta los criterios clínicos mencionados en la Resolución N° 400/2016 (Anexo III) de la Superintendencia de Servicios de Salud.

PRESENTACION DE FACTURAS

Deberán presentarse **sin excepción a mes vencido** en Av. de Mayo 945, Planta Baja, **del 1 al 10 de cada mes en el horario de 09:00 hs. a 12:00 hs.** o en la Seccional o Delegación correspondiente. Éstos son requisitos indeclinables para evitar demoras en el pago y sus consecuencias.

- La factura deberá ser tipo B o C.

En todos los casos, las mismas deberán contener:

- **Fecha de emisión:** Posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario de facturas y anterior al vencimiento del CAI o CAE.
- **Estar confeccionada a nombre de:** O.S.U.T.H.G.R.A.
- **Domicilio:** Av. de Mayo 930 - Ciudad Autónoma de Bs. As. - CUIT: 30-53133865-7.
- **Condición IVA:** EXENTO.

En el concepto se deberá indicar los siguientes datos:

- **Nombre de Beneficiario** (debe coincidir con el expresado en el presupuesto).
- **Período facturado** (mes y año). **Prestación brindada** (Modalidad según Presupuesto).
- **Importe.**

El período facturado deberá corresponder a un solo mes calendario, NO SE ACEPTARAN facturas que contengan períodos parciales de meses correlativos.

Se solicita respetar la correlatividad del número de factura, fecha de emisión y mes facturado.

Si se trata de un período parcial dentro de un mismo mes se deberá explicitar desde y hasta qué fecha se factura y el importe deberá corresponder a este proporcional.

En ningún caso se aceptarán facturas o recibos con enmiendas o cambios de color de tinta, si no están salvados con firma y sello de un responsable de la institución.

IMPORTANTE:

Es **condición de aceptación de la factura**, que la **AFILIACIÓN SE ENCUENTRE ACTIVA Y REGULAR:**

- **AFILIADO GASTRONOMICO:** que haya sido declarado mensualmente por su empleador en la AFIP
- **AFILIADO MONOTRIBUTISTA:** que tenga el pago del monotributo al día.
- **AFILIADO JUBILADO:** que tenga el comprobante de cobro del mes correspondiente al mes facturado.
- **AFILIADO DESEMPLEADO:** que tenga el comprobante de cobro del mes correspondiente al mes facturado.
- Junto a la factura e informe evolutivo originales, deberá presentarse un juego de fotocopias de factura, informe evolutivo y presupuesto autorizado por médico auditor de la Obra Social, correspondientes al período facturado. En el caso de ser un afiliado monotributista deberá presentar, además, la copia del ticket de pago de monotributo del mes presentado.

Se solicita respetar el orden de presentación a fin de agilizar el trámite administrativo y evitar demoras. Cualquier otra documentación que se envíe junto con la facturación, deberá entregarse en sobre aparte para ser revisada con posterioridad por el equipo de auditoría de la obra social, el cual

notificará a la institución en caso de existir algún error o faltante en la documentación presentada.

PARA TODOS AQUELLOS TRATAMIENTOS QUE SE EXTIENDAN MAS ALLA DEL CAMBIO DE SEMESTRE CALENDARIO, DEBERA ACTUALIZARSE LA DOCUMENTACION ANTEDICHA. NO OBSTANTE, LA AUTORIZACION DE LA RENOVACION QUEDARA SUPEDITADA A LA EVALUACION DE LOS AUDITORES DE ESTA OBRA SOCIAL.

CONFECCION DE RECIBO OFICIAL.

Los Recibos cancelatorios de las Facturas presentadas oportunamente deberán cumplimentar la normativa vigente. (AFIP y Superintendencia de Servicios de Salud).

Los Recibos deberán ser confeccionados de acuerdo a la facturación presentada:

1. Factura Tipo “B” – Recibo “B”
2. Factura Tipo “C” – Recibo “X”
3. Recibo Tipo “C” – Recibo “X”

Cabe aclarar que los comprobantes **Recibo “X”** no poseen ningún carácter fiscal (doble facturación), es solo a los efectos de registración del cobro del valor por parte del Prestador / Transportista. La impresión del Recibo X deberá contener los datos fiscales del Prestador / Transportista (CUIT, Dirección, Ingresos Brutos, Inicio de Actividad, etc.).

En todos los casos, los RECIBOS deberán contener:

- **Fecha de emisión:** Corresponde a la fecha en la que se recibe el cheque.
- **Estar confeccionado a nombre de:** O.S.U.T.H.G.R.A.
- **Domicilio:** Av. de Mayo 930 - Ciudad Autónoma de Bs. As. - CUIT: 30-53133865-7.
- **Condición IVA:** EXENTO.

En el concepto se deberán indicar los siguientes datos:

- Si corresponde consignar el Importe en letras del total recibido.
- N° de Factura/s canceladas completo detallando el Importe de cada una.
- N° de cheque, Banco e Importe.
- Si corresponde consignar el Importe de Retenciones de Ingresos Brutos y/o Ganancias.
- Firma, Aclaración y Sello del emisor del recibo.
- Al pie del recibo deberán figurar los datos completos de la imprenta.

Si el Recibo no posee el espacio suficiente para indicar la totalidad de las facturas canceladas con su correspondiente importe, se deberá adjuntar un detalle en hoja membreada con los siguientes datos:

- Nombre y Apellido y/o Razón Social
- CUIT de la Institución
- Número de Recibo (Completo)
- Fecha de Emisión Recibo
- Emitido a Nombre de: OSUTHGRA
- CUIT: 30-53133865-7

- Importe Total Cancelado en números y letras.
- Detalle (Debe contener Tipo y N ° de Factura e Importe Exacto)
- Firma y Sello de la Institución.

IMPORTANTE:

En caso de: ENMIENDAS, CAMBIO DE TINTA Y/O TACHADURAS, **SALVAR CON FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE EMISOR DEL RECIBO.**

CABE DESTACAR QUE TANTO LA DENOMINACION, el DOMICILIO, la CUIT, la CONDICION FISCAL y el DETALLE DE LAS FACTURAS CANCELADAS CON SU RESPECTIVO IMPORTE, son campos obligatorios a ser completados por la Institución, cualquier omisión será causal de devolución para su correspondiente salvedad o enmienda.

Sector Drogadependencia

Contactos: Sra. Patricia Battioni - Lic. Vanina Gigena – Lic. Sandra Faggiano – Lic. Mario Kupferschmidt

Tel.: (011) 4341-8079 (Directo y Fax) / (011) 4341-8090 - Interno 954

E-mail: ape.drogadependencia@uthgra.org.ar

Web: www.osuthgra.org.ar