

Normas  
**para profesionales**

**amasalud**  
Cobertura a tu medida

El programa médico de  
**ossacra**

## NORMAS OPERATIVAS DE ATENCIÓN

En todos los casos la/el AFILIADO/A debe presentar la CREDENCIAL de OSSACRA en su formato virtual acompañado de su documento de identidad. **Recordar que el número de DNI es el Número de Afiliado/a**

### MODELO DE CREDENCIAL SEGÚN PLANES VIGENTES:



Es obligatorio que el/la afiliado/a se presente con la orden médica ya generada (consultas y/o prácticas), solicitada por cualquiera de los siguientes canales:

- **BOT VIRTUAL: 011-3302-2472.**
- **AUTOGESTION ONLINE: [www.ossacra.org.ar](http://www.ossacra.org.ar)**
- **PERSONALMENTE POR DELEGACIÓN.**

### PRESTACIONES EXCLUÍDAS DE COBERTURA:

*Quedan excluidas todas las prestaciones que no se encuentren con cobertura en el PMOE y sus anexos / resoluciones.*

**NOTA:** Ante cualquier inconveniente comunicarse con la delegación vía mail:

Catamarca: [delegacion.catamarca@ossacra.org.ar](mailto:delegacion.catamarca@ossacra.org.ar)

Córdoba: [autorizaciones.cordoba@ossacra.org.ar](mailto:autorizaciones.cordoba@ossacra.org.ar)

Corrientes: [delegacion.corrientes@ossacra.org.ar](mailto:delegacion.corrientes@ossacra.org.ar)

La Rioja: [delegacion.larioja@ossacra.org.ar](mailto:delegacion.larioja@ossacra.org.ar)

Mendoza: [delegacion.mendoza@ossacra.org.ar](mailto:delegacion.mendoza@ossacra.org.ar)

Misiones: [delegacion.misiones@ossacra.org.ar](mailto:delegacion.misiones@ossacra.org.ar)


Santa Fe: [delegacion.rosario@ossacra.org.ar](mailto:delegacion.rosario@ossacra.org.ar)

San Juan: [delegacion.sanjuan@ossacra.org.ar](mailto:delegacion.sanjuan@ossacra.org.ar)

San Luis: [delegacion.sanluis@ossacra.org.ar](mailto:delegacion.sanluis@ossacra.org.ar)

Tucumán: [delegacion.tucuman@ossacra.org.ar](mailto:delegacion.tucuman@ossacra.org.ar)

**MODELO ORDEN**

 <b>OSSACRA</b>		 1190000014					
Dirección: Santiago del Estero 333 (5000) Córdoba Tel / Fax: (0351) 4231569		Categ.Trfb: Evento CUIT: 30-69637555-7 Inicio Act.: 02/09/1991					
<b>ORDEN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS NRO. 11900000014</b>		Delegación: USUARIOS EXTERNOS Fecha: 05/05/21					
Afiliado: ..... - PEREZ, EDUARDO SANTIAGO		27 Años Masculino Plan PLAN SOCIAL Ambulatorio EX:					
Diagnóstico: Dolor no especificado		Prestador: 523-CENTRO DE SALU Con Recibo Nro. 7300062371					
Observaciones: Prueba		Aprobo: EX:37851757@					
Item	Nomenclador	HONORARIOS	Item	Prestador	Pieza	Cara	Cantidad
180112	ECOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN. H.B.P.						1
el valor a abonar por esta prestación queda sujeta a los términos del convenio y/o presupuesto aceptado							
Firma Beneficiario		Fecha:		<b>VALIDEZ DE ESTA ORDEN</b> <b>60 DIAS</b>		Firma y sello Efector	
						Fecha:	

 <b>OSSACRA</b>		 1190000014					
Dirección: Santiago del Estero 333 (5000) Córdoba Tel / Fax: (0351) 4231569		Categ.Trfb: Evento CUIT: 30-69637555-7 Inicio Act.: 02/09/1991					
<b>ORDEN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS NRO. 11900000014</b>		Delegación: USUARIOS EXTERNOS Fecha: 05/05/21					
Afiliado: ..... - PEREZ, EDUARDO SANTIAGO		27 Años Masculino Plan PLAN SOCIAL Ambulatorio EX:					
Diagnóstico: Dolor no especificado		Prestador: 523-CENTRO DE SALU Con Recibo Nro. 7300062371					
Observaciones: Prueba		Aprobo: EX:37851757@					
Item	Nomenclador	GASTOS	Item	Prestador	Pieza	Cara	Cantidad
180112	ECOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN. H.B.P.						1
el valor a abonar por esta prestación queda sujeta a los términos del convenio y/o presupuesto aceptado							
Firma Beneficiario		Fecha:		<b>VALIDEZ DE ESTA ORDEN</b> <b>60 DIAS</b>		Firma y sello Efector	
						Fecha:	

## NORMAS DE FACTURACIÓN

### PRESENTACIÓN

La facturación se presentará del 1 al 10. El sobre deberá estar identificado con el nombre del prestador y período correspondiente. Presentar en calle Santiago del Estero 347 – Córdoba – CP 5000 horario de 09.00 a 17.00hs.

### FORMA DE PRESENTACIÓN

- Comprobante contable: factura B o C emitida a la orden de OSSACRA CUIT N.º 30-69637555-7 – IVA EXENTO
- Master de liquidación emitido por sistema con detalles de las órdenes liquidadas por especialidad y /o servicio.
- Documentación respaldatoria (Ver Normas de Facturación)
- Se requiere la presentación de facturas fiscales divididas con las diferentes solicitudes:
  - Facturación Ambulatorio
  - Facturación Internado
  - Por cada Plan TOTAL PROFESIONAL, TOTAL, CLÁSICO Y SOCIAL
  - Recupero Sur, por cada paciente.

La facturación debe presentarse liquidando las prestaciones de acuerdo a los aranceles vigentes

### • NORMAS DE FACTURACIÓN AMBULATORIO

- Orden autorizada
- R/P con indicación y de corresponder la cantidad de sesiones prescriptas

En ambos requisitos debe contener:

- Fecha.
- Diagnóstico claro.
- Firma y sello del Profesional.
- En cada asistencia fecha, firma, aclaración, documento y parentesco con el afiliado.
- En caso de solicitado informe justificativo.

La omisión de cualquiera de los requisitos mencionados, será considerada causal de débito.

## • CAUSALES DE DÉBITO

### Débitos no refacturables

- Prácticas no autorizadas.
- Ausencia de firma, aclaración, documento y parentesco con el afiliado.
- Diferencias de aranceles según valores convenidos.
- Orden de consulta y práctica vencida.
- Orden adulterada y/o duplicada.
- Error en la suma de la facturación.
- Sello de profesional sin matrícula de especialista.
- Tipo de prestación no corresponde con la especialidad profesional.

### Débitos refacturables

- Falta de orden física autorizada.
- Ausencia firma y sello del profesional en consultas y/o prácticas.
- Ausencia de diagnóstico presuntivo o codificado legible.
- Ausencia de datos personales del afiliado.
- Ausencia de fecha de la prestación.
- Ausencia Informe textual y gráficos de las prácticas.
- Enmiendas sin salvar.

**Contactos de nuestra Obra Social:**

**CONVENIOS:** [convenios@ossacra.org.ar](mailto:convenios@ossacra.org.ar)

**Tel 0351 4221470 interno 124**

**SOPORTE VALIDADOR WEB:** [soporte.convenios@ossacra.org.ar](mailto:soporte.convenios@ossacra.org.ar)

**Tel: / 0800-345-1566/ 11 37828962**