



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

CIRCULAR N° 21 / 00002

SANTA FE, Cuna de la Constitución Nacional 13^o ABR 2020

A: DIRECCION GRAL DE ADMINISTRACION
D°GRAL DE GESTION ADMINISTRATIVA DE PRESTACIONES
D°GRAL PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD
D°GRAL DE ASUNTOS JURIDICOS
D°GRAL DE PLANIFICACION
COMPUTOS
COORDINACION DE COMUNICACION INSTITUCIONAL

I.- En virtud de lo establecido por la Disposición Gral N° 005/20 relacionada a la Regulación Prestacional en Contexto Pandemia COVID -19 resulta necesario brindar alternativas eficaces para garantizar el acceso a las prestaciones que demanden los afiliados.-

Por tal motivo se agregara a dicho decisorio un Anexo III que define la documentación que se debe presentar por Mesa de Entrada junto con la facturación por parte de los prestadores del Programa de Discapacidad y del Programa EMSyD.

II.-Tengase en cuenta que no serán presentadas las planillas de asistencia y el vencimiento de las prórrogas de los Certificados de Discapacidad quedará postergado al 30 de Junio de 2020.-

III - Dicho Anexo incluiría la presente información, a saber:

Para Instituciones o Profesionales del Programa de Discapacidad y del Programa EMSyD deberán presentar

- Facturación.
- Preliquidación.
- Declaración Jurada según modelo adjunto.-
- Mail de parte del afiliado de haber recibido el servicio virtual o comprobante en papel firmado con dni y aclaración
- Informar por escrito, como se reformulo el Plan Terapéutico inicial (presentado on line) adaptándolo a la modalidad terapéutica no presencial.
- Resguardar la documentación respaldatoria de cada práctica (Copias de Mail, captura de pantalla, Copias de material didáctico, registro de llamadas.para su control en futuras auditorias por parte de la Obra Social

11 / 00002

30 ABR 2020

Para Transportistas del Programa de Discapacidad y del Programa EMSyD

- Facturación
- Preliquidación.
- Copia de la Declaración Jurada para circular- Emergencia Sanitaria.
- Declaración Jurada modelo adjunto.-
- Certificación del Centro que solicita el traslado, donde conste datos del afiliado: Nombre y Apellido, Nro. de Documento, domicilio, motivo del traslado y fecha, con firma, aclaración y sello del centro.

IV.- Cabe destacar que la circularización de dicha información, resulta de absoluta necesidad para garantizar la debida cobertura de las prestaciones. Por tal motivo y teniendo en cuenta que la formalización del Anexo III demandara mayor tiempo administrativo ante los organos de control, hasta tanto el mismo se formalice, por la Sectorial de Informatica de la Obra Social a través del SiOS se debera comunciar la presente informacion -a la mayor brevedad-- a los prestadores involucrados, para agilizar sus respectivas presentaciones brindandoles asi el debido apoyo tecnico e informativo.-

DIRECCION PROVINCIAL, 29/04/20



Ing. Qco. Oscar E. Broggi
Director Provincial
I.A.P.O.S.

11 / 00002

30 ABR 2020



Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud



DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES - PROFESIONALES) PRESTACIONES BRINDADAS EN EL PERÍODO DEL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO	
Mes Prestacional:	
Nombre de la Institución /Nombre y Apellido del Profesional:	
Nombre y Apellido del Titular:	
Nro de afiliado:	
Nombre y Apellido del Beneficiario:	
Nro de afiliado:	
Domicilio del afiliado:	
Teléfono:	Mail:
¿Qué prestación se encuentra autorizada por la Obra Social y a partir de la Emergencia Sanitaria se comenzó a prestar el servicio en forma virtual? (Marque con una X la opción correcta)	
<input type="checkbox"/> Rehabilitación Módulo Hospital de Día	<input type="checkbox"/> Centro de Día
<input type="checkbox"/> Rehabilitación Módulo Intensivo	<input type="checkbox"/> Centro Educativo Terapéutico
<input type="checkbox"/> Rehabilitación Módulo Simple	<input type="checkbox"/> Centro de Formación Laboral
<input type="checkbox"/> Especialidad en consultorio	
Especificar la modalidad de la prestación virtual brindada en el período de ASPO (Marque con una X la/s opción/ones correcta/s)	
<input type="checkbox"/> Material impreso	<input type="checkbox"/> Video llamada
<input type="checkbox"/> Mail	<input type="checkbox"/> Telefónica
<input type="checkbox"/> Otros especificar:	
N° de Preliquidación:	
N° de Consumos:	
Conformidad de la prestación brindada	
Fecha: ___/___/___	
Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada.	
Firma y sello del Prestador	
Aclaración:	
DNI:	

Aclaración: La declaración jurada se debe presentar junto con la facturación de acuerdo al mes que corresponda, es un documento por el cual el afiliado dá la conformidad vía mail, de haber recibido el servicio en forma virtual. La Obra Social realizará una auditoría posterior, para la constatación del servicio.

11 / 00002

30 ABR 2020



Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud



DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR - PROGRAMA EMSyD - PRESTACIONES BRINDADAS EN EL PERÍODO DEL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO	
Mes Prestacional:	
Nombre de la Institución /Nombre y Apellido del Profesional:	
Nombre y Apellido del Titular:	
Nro de afiliado:	
Nombre y Apellido del Beneficiario:	
Nro de afiliado:	
Domicilio del afiliado:	
Teléfono:	Mail:
¿Qué prestación se encuentra autorizada por la Obra Social y a partir de la Emergencia Sanitaria se comenzó a prestar el servicio en forma virtual?	
Módulo Facturado:	
Especificar la modalidad de la prestación virtual brindada en el período de ASPO (Marque con una X la/s opción/ones correcta/s)	
<input type="checkbox"/> Material impreso	<input type="checkbox"/> Video llamada
<input type="checkbox"/> Mail	<input type="checkbox"/> Telefónica
<input type="checkbox"/> Otros especificar:	
N° de Preliquidación:	
N° de Consumos:	
Conformidad de la prestación brindada	
Fecha: __/__/__	
Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada.	
Firma y sello del Prestador	
Aclaración:	
DNI:	

Aclaración: La declaración jurada se debe presentar junto con la facturación de acuerdo al mes que corresponda, es un documento por el cual el afiliado dá la conformidad vía mail, de haber recibido el servicio en forma virtual. La Obra Social realizará una auditoría posterior, para la constatación del servicio.

11 / 00002

30 ABR 2020



Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud



DECLARACIÓN JURADA DEL TRANSPORTISTA - PRESTACIONES BRINDADAS EN EL PERÍODO DEL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO	
Mes Prestacional:	
Nombre y Apellido del Transportista:	
Nombre y Apellido del Titular:	
Nro de afiliado:	
Nombre y Apellido del Beneficiario:	
Nro de afiliado:	
Domicilio del afiliado:	
Teléfono:	Mail:
La prestación de Transporte que se encuentra autorizada por la Obra Social ¿Para qué terapia/s fue asignada? (Marque con una X)	
<input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación psicofísica	<input type="checkbox"/> Centro de Día
<input type="checkbox"/> Centro de Formación Laboral	<input type="checkbox"/> Centro Educativo Terapéutico
Nombre del Centro:	
Dirección:	
¿Brindó la prestación de transporte durante el período de aislamiento social? Marque con una X	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Motivo:	
Frecuencia Semanal:	
Kilómetros recorridos por semana:	
N° de Preliquidación:	
N° de Consumos:	
Conformidad de la prestación brindada	
Fecha: ___/___/___	
Firma del Titular/Familiar/Responsable/Tutor	Firma y sello del Prestador
Aclaración:	Aclaración:
DNI:	DNI:

Aclaración: La declaración jurada se debe presentar junto con la facturación de acuerdo al mes que corresponda, es un documento por el cual el afiliado da la conformidad de haber recibido el servicio. La Obra Social realizará una auditoría posterior, para la constatación del servicio.

21 / 00002

30 ABR 2020



Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud



DECLARACIÓN JURADA DEL TRANSPORTISTA - PROGRAMA EMSyD - PRESTACIONES BRINDADAS EN EL PERÍODO DEL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO	
Mes Prestacional:	
Nombre y Apellido del Transportista:	
Nombre y Apellido del Titular:	
Nro de afiliado:	
Nombre y Apellido del Beneficiario:	
Nro de afiliado:	
Domicilio del afiliado:	
Teléfono:	Mail:
¿Brindó la prestación de transporte durante el período de aislamiento social? Marque con una X	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Motivo:	
¿Para que Institución / Profesional le fue autorizada la prestación de transporte?	
Nombre:	
Dirección:	
Frecuencia Semanal:	
Kilómetros recorridos por semana:	
N° de Preliquidación:	
N° de Consumos:	
Conformidad de la prestación brindada	
Fecha: ___ / ___ / ___	
Firma del Titular/Familiar/Responsable/Tutor	Firma y sello del Prestador
Aclaración:	Aclaración:
DNI:	DNI:

Aclaración: La declaración jurada se debe presentar junto con la facturación de acuerdo al mes que corresponda, es un documento por el cual el afiliado da la conformidad de haber recibido el servicio. La Obra Social realizará una auditoría posterior, para la constatación del servicio.