

## Requisitos de Inscripción para formar parte del padrón de prestadores de las Obras Sociales

- 1) Formulario de inscripción completo y firmado: [\(Click aquí\)](#)
- 2) Fotocopia de la constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores: [\(Click aquí\)](#)
- 3) Fotocopia de constancia de cobertura de Seguro Responsabilidad Civil o Seguro de Mala Praxis.
- 4) Constancia actual de inscripción AFIP (declarando condición tributaria frente al IVA).
- 5) Constancia (firmada y sellada por el banco) de una Caja de ahorro personal.
- 6) **Habilitación de consultorio:** *Este trámite no es indispensable en primera instancia para incluirse al padrón, sino que habrá plazo de seis meses para su presentación. Los requisitos no son complejos, puede tramitarlo en el Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud (R.U.Ge.Pre.Sa) Ministerio de Salud de la Provincia. Av. Vélez Sarsfield 2311, Área Verde Of. 8. Tel/Fax: 0351- 4688699 de 8 a 20hs – rugepresa@cba.gov.ar – Los colegiados del interior pueden presentar la Habilitación de la Municipalidad de su localidad. - [Requisitos habilitación consultorio. Decr. 33/08](#) - [Formulario de inscripción consultorio](#) - [Nota de inscripción consultorio](#) - [Requisito inscripción consultorio RuGePreSa](#)*

## Facturación

Se entrega en formato digital del 25 al 5 de cada mes, entrando en la Página del Colegio > Convenios con Obras Sociales> En el link "[CARGA TU FACTURACION](#)".

### PASOS PARA LA ENTREGA:

- Realizar la **facturación en la página de AFIP (una por cada Obra Social**, es decir que deberás juntar a todos los pacientes atendidos por esa OS durante el mes en una misma factura). Sobre la factura: Debe estar dirigida al Colegio, más allá de la OS que se esté facturando. Concepto: Facturación - Obra social - mes y año en que se presenta la facturación. Ej: "Facturación Avalian presentada en marzo 2023".
- Completar y cargar la Planilla de Excel (**Una planilla por cada OS**). [PLANILLA DE FACTURACIÓN CLICK AQUÍ](#)
- Cargar la documentación extra de cada OS (Tp, ordenes, autorizaciones) foto o escaneo, siempre y cuando la OS lo requiera. **Es importante que todos estos documentos extras estén en un mismo archivo PDF.**

Una vez efectuado el pago por parte de la Obra Social a través del depósito en la cuenta bancaria del Colegio destinada para tal fin, la Secretaria Administrativa de OS realizará, en fecha a definir, el listado por colegiada y por obra social de los montos a depositar en el mes.

**Actualización del padrón:** 15 al 20 de cada mes.

## Convenios vigentes

- AVALIAN (Ex ACA SALUD)
- AMEBPC
- ASPURC
- CPCE
- DASUTeN
- PREVENCIÓN SALUD
- FEDERADA SALUD

OS	AUTORIZACIÓN	COBERTURA	DOCUMENTACIÓN EXTRA
AV LIA N	<p><b>Link:</b> <a href="https://caw.acasalud.com.ar:8002/login.php">https://caw.acasalud.com.ar:8002/login.php</a></p> <p><b>Usuario:</b> 567839N°MP</p> <p><b>Contraseña:</b> DAT_MGR</p>	<p>- <b>Cód. 196002:</b> Consulta nutrición primera vez (1 por año)</p> <p>- <b>Cód. 196003:</b> Consulta nutrición seguimiento (hasta 2 por mes o 24 por año)</p>	<p>- <b>Comprobante validación</b> (firma y aclaración paciente + firma y sello profesional) o <b>R/p Nutricionista</b> (nombre y apellido del paciente, O.S, fecha, N° de afiliado, cód. prestación, dx, firma y sello profesional, firma y aclaración del afiliado).</p> <p>- <b>Ficha nutricional o HC:</b> Presentarse al inicio del trámite y cada 3 meses</p>
AM EBP C		<p>-<b>Prestación N°1:</b> "Anamnesis Nutricional" (Primer consulta)</p> <p>-<b>Prestación N°2:</b> "Plan Nutricional" (Segunda consulta)</p> <p>-<b>Prestación N°3:</b> "Controles nutricionales"</p>	

<b>AS PU RC</b>	<p><u>Link:</u> <a href="http://www.aspurc.org.ar/">http://www.aspurc.org.ar/</a></p> <p><u>Usuario:</u> CUIL/CUIT</p> <p><u>Contraseña:</u> se elige al momento de registrarse</p> <p>O a través del sistema tradicional: Ordenes y autorizaciones en oficinas de ASPURC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prestación N°1:</b> Anamnesis nutricional y entrega plan alimentario.</li> <li>- <b>Prestación N°2:</b> Consulta control Nutricional (2 por mes, en primeros cuatro meses, después 1 por mes)</li> <li>- <b>*ver instructivo cobertura paciente con IMC +30 kg/m<sup>2</sup></b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Autorización Online</b> (Autoriza el profesional) u <b>Orden practica</b> (emitida por ASPURC) con firma y aclaración afiliado y firma y sello profesional. Firma del afiliado</li> <li>-Prestación 1: <b>R/P médico</b> con solicitud de interconsulta con Nutrición</li> <li>-Prestación 2: <b>R/P nutricionista</b> con pedido de control</li> </ul>
<b>CP CE</b>	<p><u>Link:</u> <a href="http://200.45.19.243:82/Account/Login?ReturnUrl=%2f">http://200.45.19.243:82/Account/Login?ReturnUrl=%2f</a></p> <p><u>Usuario:</u> 416</p> <p><u>Contraseña:</u> 913c416</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cód. 904219:</b> Anamnesis alimentaria, valoración antropométrica y entrega de plan (1 consulta anual).</li> <li>- <b>Cód. 904220:</b> Controles (6 consultas anuales).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>904219:</b> Autorización de la prestación firmada y sellada por el profesional y afiliado + <b>Prescripción médica</b> + R/p del Lic. en Nutrición con dx, IMC y valor calórico del plan alimentario.</li> <li>- <b>904220:</b> Autorización de la prestación firmada y sellada por el profesional y afiliado + R/p del Lic. en Nutrición con dx del paciente, IMC y síntesis de la evolución del tratamiento.</li> </ul>
<b>DA SU Te N</b>	<p>El <b>afiliado</b> debe solicitar a DASUTeN una <b>orden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1º consulta:</b> Orden de practica (entrevista de admisión)</li> <li>- <b>Plan alimentario:</b> Orden de practica (régimen individual)</li> <li>- <b>Controles:</b> Orden de consulta (profesional debe completar “datos a completar por el profesional”)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1º consulta.</b></li> <li>- <b>Plan alimentario.</b></li> <li>- <b>Controles.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1º consulta:</b> Derivación médica, con esta el paciente pide la Orden de práctica en DASUTeN (al Colegio se presentan ambas) Firma del afiliado</li> <li>- <b>Plan alimentario:</b> pedido del nutricionista por RP (nombre y apellido, OS, N° afiliado, dx, firma y sello profesional). con esta el paciente pide la Orden de práctica en DASUTeN (al Colegio se presentan ambas) Firma del afiliado</li> <li>- <b>Controles:</b> Orden de consulta con firma del afiliado</li> </ul>

<b>PRE VE NCI ÓN SAL UD</b>	<p><b>Autorización online:</b>  <b>Link:</b>  <a href="https://www.prevencionsalud.com.ar/">https://www.prevencionsalud.com.ar/</a>  <b>botón:</b> prestadores y asesores, ingresar a autogestión  <b>Usuario:</b>  validacionesprevencionsalud@gmail.com  <b>Contraseña:</b> 123456</p>	<p>- <b>190190</b> “Anamnesis Nutricional” (1 prestación anual)  - <b>190102</b> “Plan Nutricional” (1 prestación anual)  - <b>190191</b> “Controles nutricionales” (12 prestaciones anuales, con límite de hasta 2 por mes)</p> <p><b>Para más controles:</b> enviar un pedido médico con informe y desde auditoría médica se evalúa la autorización.</p>	<p>- <b>Token online:</b> se debe autorizar mediante sistema de token, firma y sello del profesional</p> <p><b>En caso de no poder imprimirla:</b> Realizar un Rp con O.S, nombre y apellido del afiliado y su firma, N° DNI, N° de afiliado, Dx o motivo de consulta, fecha, código de prestación y N° de token que genera el sistema luego de autorizar.</p> <p>Auditoria médica (en caso de necesitarse) se enviar mail a autorizaciones@prevencionsalud.com.ar</p>
<b>FE DE RA DA SA LU D</b>	<p>No requiere autorización previa</p> <p><u>Requieren de autorización previa los códigos 1337 y 1339:</u></p> <p>autorizacionescordoba@federada.com (R/P escaneado)</p>	<p>- <b>190102</b> Régimen individual (1 por año calendario)</p> <p>- <b>190104</b> reconocerá 1 control mensual, 12 controles por año calendario. (Sin detallar el IMC, solo con diagnóstico). En pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 30, se reconocerán hasta 4 controles mensuales (para ello indicar IMC, peso y altura).</p> <p>- <b>1337</b> ambulatorio mensual trast. Alimentación 1er mes: Pacientes adultos, IMC igual o mayor a 30, previa solicitud de autorización. Cobertura durante 3 meses con controles de hasta 1 vez por semana. Ampliación por 3 meses más, si el paciente está bajando de peso a un ritmo no menor de 1,5% de su peso por mes. A partir de los 6 (seis) meses de tratamiento autorizar una consulta por mes.</p> <p>- <b>1339</b> ambulatorio mensual trast. Alimentación desde 2do mes (autorización mensual) Pacientes adultos, IMC igual o mayor a 30. Cobertura durante 3 meses con controles de hasta una 1 vez por semana. Ampliación por 3 meses más siempre y cuando el paciente está bajando de peso a un ritmo no menor de 1,5% de su peso por mes. A partir de los 6 meses de tratamiento autorizar una consulta por mes.</p>	<p>- <b>RP del médico o RP del nutricionista</b> (nombre y apellido del paciente, N° de afiliado, O.S, nombre y código de la prestación, Dx, IMC, peso y talla, fecha, firma y sello del profesional). Firma del afiliado</p> <p><b>R/P del nutricionista</b> (nombre y apellido del paciente, N° de afiliado, O.S, nombre y código de la prestación, Dx, IMC, peso y talla, fecha, firma y sello del profesional). Firma del afiliado por cada consulta.</p>