SCS-DR03012_R03

Normas operativas y de facturación Discapacidad

Julio 2026

SanCorSalud
Grupo de Medicina Privada

Índice

1. Introducción 3

2. Consideraciones generales 3

3. Requisitos para la presentación de la facturación 3

3.1 Documentación para prestaciones ambulatorias 3

3.2 Documentación para Maestro o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar 4

3.3 Prestaciones en Instituciones 5

3.4 Prestaciones de traslado 6

4. Modalidad de Presentación y Facturación 7

4.1 Plazos de presentación y validez de formularios 7

ANEXO I -Vías de contacto- 8

ANEXO II -Formularios- 10

1. Introducción

En SanCor Salud, valoramos la cercanía y el trabajo en conjunto con nuestros prestadores. Estas Normas Operativas y de Facturación para Prestadores de Discapacidad, fueron diseñadas para establecer pautas claras y prácticas que faciliten nuestra relación y permitan un trabajo conjunto, ágil y eficiente.

Estas normas brindan un marco común para la atención de nuestros asociados y la facturación del servicio brindado, convencidos de que una relación basada en el respeto, la transparencia y la cooperación fortalece nuestro vínculo de trabajo.

2. Consideraciones generales

Estas normas aplican a la presentación de facturación y documentación respaldatoria de las prestaciones incluidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, en el marco de la normativa vigente.

La presentación y renovación anual del legajo de discapacidad, así como la solicitud inicial de las prestaciones requeridas, se encuentran a cargo del asociado.

Una vez autorizado el legajo, SanCor Salud emitirá mensualmente los Formularios N° 4 correspondientes a las prestaciones autorizadas, los cuales serán enviados al prestador para su posterior facturación.

3. Requisitos para la presentación de la facturación

3.1 Documentación para prestaciones ambulatorias:

A- Factura original (en formato PDF original obtenido de ARCA):

- Emitida por el CUIT o Razón Social autorizado.
- Confeccionada a nombre de Obra Social que figura en el Formulario N° 4 correspondiente.
- Detalle de período facturado: Desde - hasta mes prestacional.
- En el apartado de observaciones, se deberá detallar:
    - Nombres, apellidos y número de documento del asociado.
    - Detalle de la prestación realizada.
    - Período prestacional.

- En cantidad: número total de sesiones efectuadas.
- En precio unitario: arancel correspondiente a la sesión.
- Fecha de emisión: la misma debe ser posterior al último día del período facturado.

B- Formulario N° 4 vigente correspondiente al período facturado (PDF original).

C- Planilla de Asistencia, completando la totalidad de los datos requeridos. La misma deberá contener firma, aclaración y DNI del asociado o responsable en original (no se admitirán firmas digitalizadas). Se deberá adjuntar el formulario SCS-FR05030-R04 en formato PDF, el cual se adjunta en el **ANEXO II.**

D- Informe evolutivo semestral: Se debe presentar en los meses de Julio y Enero, junto con las facturaciones de junio y diciembre, respectivamente. El informe debe incluir, como mínimo, la siguiente información:

- Fecha de informe
- Nombre del afiliado
- Prestación realizada
- Informe de evolución de los últimos 6 meses
- Firma y sello del profesional.

3.2 Documentación para Maestro o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar:

A- Factura original (en formato PDF original obtenido de ARCA):

- Emitida por el CUIT o Razón Social autorizado.
- Confeccionada a nombre de Obra Social que figura en el Formulario N° 4 correspondiente.
- Detalle de período facturado: Desde - hasta mes prestacional..
- En el apartado de observaciones, se deberá detallar:
  - Nombres, apellidos y número de documento del asociado.
  - Detalle de la prestación realizada.
  - Período prestacional
  - En cantidad: cantidad de horas o 1 módulo por mes.
  - En precio unitario: arancel correspondiente a la hora o al módulo.
  - Fecha de emisión: la misma debe ser posterior al último día del período facturado.

B- Formulario N° 4 vigente correspondiente al período facturado (PDF original).

C- Planilla de Asistencia, completando la totalidad de los datos requeridos. La misma deberá contener firma, aclaración y DNI del asociado o responsable en original (no se admitirán firmas digitalizadas). Se deberá adjuntar el formulario SCS-FR05046-R04 en formato PDF, el cual se adjunta en el **ANEXO II**.

D- Informe evolutivo semestral: Se debe presentar en los meses de Julio y Enero, junto con las facturaciones de junio y diciembre, respectivamente. El informe debe incluir, como mínimo, la siguiente información:

- Fecha de informe
- Nombre del afiliado
- Prestación realizada
- Informe de evolución de los últimos 6 meses
- Firma y sello del profesional.

3.3 Prestaciones en Instituciones:

A- Factura original (en formato PDF original obtenido de ARCA):

- Emitida por el CUIT o Razón Social autorizado.
- Confeccionada a nombre de Obra Social que figura en el Formulario N° 4 correspondiente.
- Detalle de período facturado: Desde - hasta mes prestacional..
- En el apartado de observaciones, se deberá detallar:
    - Nombres, apellidos y número de documento del asociado.
    - Detalle de la prestación realizada.
    - Período prestacional.
    - En cantidad: número total de módulos efectuados (1 mensual o 4 semanales).
    - En precio unitario: arancel correspondiente al módulo (mensual o semanal).
    - Fecha de emisión: la misma debe ser posterior al último día del período facturado.
    - En caso de corresponder dependencia según formulario, facturar en el mismo comprobante detallando concepto y valor por separado.

B- Formulario N° 4 vigente correspondiente al período facturado (PDF original).

C- Planilla de Asistencia, completando la totalidad de los datos requeridos. La misma deberá contener firma, aclaración y DNI del asociado o responsable en original (no se admitirán firmas digitalizadas). Se deberá adjuntar el formulario SCS-FR05048-R04 en formato PDF, el cual se adjunta en el **ANEXO II**.

D- Informe evolutivo semestral: Se debe presentar en los meses de Julio y Enero, junto con las facturaciones de junio y diciembre, respectivamente. El informe debe incluir, como mínimo, la siguiente información:

- Fecha de informe
- Nombre del afiliado
- Prestación realizada
- Informe de evolución de los últimos 6 meses
- Firma y sello del profesional.

3.4 Prestaciones de traslado:

A- Factura original (en formato PDF original obtenido de ARCA):

- Emitida por el CUIT o Razón Social autorizado.
- Confeccionada a nombre de Obra Social que figura en el Formulario N° 4 correspondiente.
- Detalle de período facturado: Desde - hasta mes prestacional..
- En el apartado de observaciones, se deberá detallar:
  - Nombres, apellidos y número de documento del asociado.
  - Período prestacional.
  - Detalle de cada recorrido: domicilios de origen y destino.
  - Cantidad total de recorridos efectuados.
  - Cantidad de kilómetros por cada recorrido.
  - En cantidad: número total de kilómetros mensuales por recorrido.
  - En precio unitario: arancel correspondiente al valor del kilómetro.
  - Fecha de emisión: la misma debe ser posterior al último día del período facturado.
  - En caso de corresponder dependencia según formulario, facturar en el mismo comprobante detallando concepto y valor por separado.

B- Formulario N° 4 vigente correspondiente al período facturado (PDF original).

C- Planilla de Asistencia, completando la totalidad de los datos requeridos. La misma deberá contener firma, aclaración y DNI del asociado o responsable en original (no se admitirán firmas digitalizadas). Se deberá adjuntar el formulario SCS-FR05049-R03 en formato PDF, el cual se adjunta en el **ANEXO II**.

4. Modalidad de Presentación y Facturación para Discapacidad

La facturación de las prestaciones se realiza de forma exclusiva desde el Autogestor de Prestadores, informado en el **ANEXO I- vías de contacto.** Esta es una herramienta digital diseñada para garantizar un servicio ágil y eficiente.

Para aquellos prestadores que aún no se encuentren registrados en SanCor Salud, durante el proceso de autorización del legajo de discapacidad se gestionará el alta administrativa correspondiente y se otorgarán e informarán las credenciales de acceso al Autogestor de Prestadores.

Para la presentación de la facturación, deberá ingresar al Autogestor de Prestadores y seleccionar la opción: Administración / Envíos y Consultas de Facturación. Luego, deberá seleccionar la opción **"Enviar Nuevo Comprobante"** e indicar, en tipo de envío: Enviar Factura - Discapacidad. Allí deberá adjuntar la documentación respaldatoria requerida para cada tipo de prestación.

Para obtener información adicional sobre el uso de la plataforma, podrá consultar el "Instructivo Plataforma Autogestión de Prestadores", apartado "Discapacidad".

4.1 Plazos de presentación y validez de formularios

Para la facturación de las prestaciones en ambulatorio, el Prestador cuenta NOVENTA (90) días corridos a partir de la fecha de realización de la práctica.
La presentación de la facturación deberá realizarse en forma mensual y en una única fecha de presentación, incluyendo la totalidad de las prestaciones correspondientes al período facturado.

En asociados de 65 años o más, se deberá solicitar la conformidad según se indica en el punto 6.2 (Registro de atención médica).

ANEXO I

-Vías de contacto-

Autogestor de Prestadores

https://autogestionprestadores.sancorsalud.com.ar/#/login

Consultas generales

» Contact Center de Prestadores

Lunes a viernes de 8:00 a 17:00 h

- WhatsApp: **3417 690470 (menú Discapacidad).**
- Teléfono: **0800 7777 72583**
- Correo electrónico: **atencion.prestadores@sancorsalud.com.ar**

ANEXO II

-Formularios-

Estos formularios pueden descargarse desde el **Autogestor de prestadores (Novedades> Documentación Útil> Servicio de discapacidad> Formularios de asistencia).**

FORMULARIO SCS-FR05030-R04

FORMULARIO DE ASISTENCIA A PRESTACIONES EN AMBULATORIO

Nombre y Apellido del Prestador: _____

Dejo constancia que el Asociado (Nombre y Apellido): _____ *N° DNI:* _____

Ha concurrido a (Nombre de la Prestación): _____

Durante el mes/año (Ej. Junio 2026): _____

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL TRATANTE

Importante: Se deberá anexar 1(una) Planilla por cada Tratamiento que realice el Asociado y 1 (una) por cada mes.
Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional: 2 Planillas. Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril): 2 Planillas.

SCS-FR05030-R04

FORMULARIO SCS-FR05046-R04

FORMULARIO DE ASISTENCIA MAESTRO O EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Nombre y Apellido del Prestador: _____

Dejo constancia que el Asociado (Nombre y Apellido): _____ *N° DNI:* _____

Ha concurrido a (Nombre de la Prestación): _____

Durante el mes/año (Ej. Junio 2026): _____

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL TRATANTE

SCS FR05046 R04

FORMULARIO SCS-FR05048-R04

FORMULARIO DE ASISTENCIA A PRESTACIONES EN INSTITUCIONES

(Centros de Día, Hogares, etc.)

Nombre y Apellido del Prestador o Institución: _____

Dejo constancia que el Asociado (Nombre y Apellido): _____ *N° DNI:* _____

Ha concurrido a (Nombre de la Prestación): _____

Durante el mes/año (Ej. Junio 2026): _____

Tipo de Jornada: DOBLE ☐ SIMPLE ☐ REDUCIDA ☐

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Se marcará con una P (Presente) las asistencias.
Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias.
S (Sábados) / D (Domingo) / F (Feriado) / J (Jornadas).

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
Firma del Responsable de la Institución	FIRMA (en forma manuscrita)
Sello o Aclaración del Profesional	Aclaración Tipo y N° de Documento
Sello de la Institución	Vínculo

SCS-FR05048-R04

FORMULARIO SCS-FR05049-R03

FORMULARIO DE ASISTENCIA DE TRASLADOS

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita

Nombre y Apellido o Razón Social del Transporte: _____

Dejo constancia que el Asociado (Nombre y Apellido): _____ *N° DNI:* _____

con domicilio en: _____ *Localidad:* _____ *Provincia:* _____

Fue trasladado durante el mes/año (Ej. Junio 2026): _____ *para efectuar la prestación*

(Nombre de la Prestación): _____

con domicilio en: _____ *Localidad:* _____ *Provincia:* _____

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	IDA	REGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Indicar con un guión (en Ida y/o Regreso) si el traslado no se efectuó

FIRMA PRESTADOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

Importante: Se deberá anexar 1(una) Planilla por cada destino que realice el Asociado.
Ejemplo: Traslado a Escolaridad + Traslado a Kinesiologia= Adjuntar 2 Planillas.

SCS-FR05049-R03