

Estimado prestador.
Buenas tardes.

A raíz de las falencias e inconvenientes presentes en las cargas de prestaciones, desde el área de Prestadores y Convenios, compartiremos con ustedes una imagen ilustrativa en la cual se indican los campos obligatorios a cargar y los que se completan de forma automática con la finalidad de facilitarles a ustedes el proceso de las cargas. En la siguiente imagen que dejaremos en adjunto, podrán observar dos formas y colores que diferencian lo mencionado anteriormente.

El rectángulo, representado con color celeste, indica los **campos que se completan de forma automática**, y el rectángulo con puntas redondeadas de color verde indican los **campos obligatorios**.

Es de suma importancia que los campos obligatorios, se completen sin excepción para evitar inconvenientes a la hora de efectuar autorizaciones.

Para los profesionales de discapacidad, excepto AT/AD, deben recordar cargar el **beneficio de excepción**. Este paso es obligatorio para autorizar de forma correcta las prestaciones brindadas.

Quedamos a disposición, ante cualquier consulta.

Saludos cordiales.



Prestadores y convenios

Diocares Ornella

Mail: prestadores@ospepri.org.ar

Tel: (299) 4470806 / 4470269 int 131 / 804

Autorización y Consumo Simultáneo

Confirmar

Cerrar

(0)

Id 1-0

Beneficiario

Organización

OSPEPRI

Fecha de Solicitud

13/04/2023

Vencimiento

//

Beneficiario

Plan

(Ninguno)

Cobertura

COBERTURA GENERAL

Prescriptor

Matrícula



Nombre y Apellido

Fecha de Prescripción

//



Diagnóstico

0



Efactor

Entidad

Número de Entidad

0



Sucursal

Seleccionar

Razón Social



Resp. de Facturación

Seleccionar

Profesional

Matrícula



Emitida por

Seleccionar

Especialidad

Seleccionar

0

Nombre y Apellido

Categoría Efactor

<Selecciona>

Autorizado: 0,00 Total: 0,00

Coseguro en prestador: 0,00 En Institución 0,00

Ingreso de Prestaciones

Tipo Prestación:

Prestaciones Médicas

Práctica

Alias



Cantidad

1,00

Beneficio de Excepción

0



Norma Fac.

(Ninguno)



Práctica	Alias	Descripción de Práctica	Norma Fac.	Nº Expediente	Cant	Importe \$	Coseguro \$	Abona en	ADM	MED
----------	-------	-------------------------	------------	---------------	------	------------	-------------	----------	-----	-----

Confirmar

Cerrar