

Conformidad de pago TRANSPORTISTA

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Razón Social: _____

CUIT: _____

Los Prestadores que brinden servicio a los afiliados de GEA Cobertura de Salud a través del mecanismo denominado 'INTEGRACIÓN' para la cobertura de las prestaciones del Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad deberán ajustarse a la siguiente operatoria general:

1- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para solicitar el pago de la facturación deberán inicialmente contar con la AUTORIZACIÓN del traslado..

Cada autorización es brindada solo a aquellos prestadores que cuenten con el LEGAJO 2024 COMPLETO.

2- PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN

Conforme a Resolución 360/2022 de Superintendencia de Salud, la facturación emitida por el prestador deberá contener el siguiente detalle:

- APELLIDO/S, NOMBRE/S y número de DNI del afiliado.
- Período facturado(mes año facturado)
- Dirección de partida y destino.
- Cantidad de viajes, por día y mensual.
- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
- Total de kilómetros del mes en número entero.
- Indicar si incluye dependencia.

3- PRESENTACION DE DOCUMENTACION RESPALDATORIA

PLANILLA DE ASISTENCIA

Las planillas de asistencia deben contener firma de padre, madre, tutor y/o responsable de todas las sesiones realizadas. (no se aceptan días feriados serán debitados)

Todos los documentos deberán ser cargados de forma mensual en nuestra página web institucional dentro de los primeros 10 días de cada mes en PORTAL DE DISCAPACIDAD, acceso PRESTADORES.

<https://geamovil.com/prestadores/>

4- PERIODICIDAD Y VENCIMIENTO

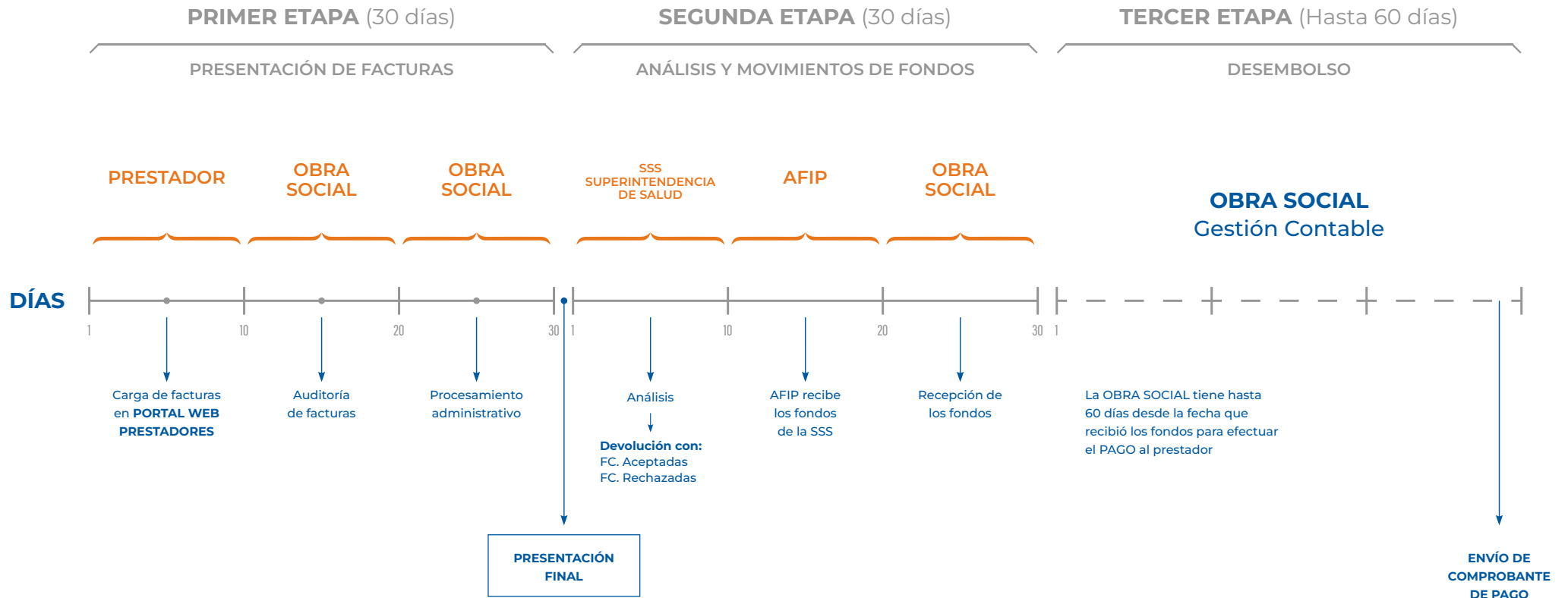
Los prestadores deben realizar la carga de su documentación a mes vencido, estamos habilitados a procesar únicamente de 2 periodos anteriores.

No se procesarán facturas que estén fuera de los límites de periodos mencionados, es decir que no nos hacemos responsables de la gestión de la facturación presentada fuera de los tiempos establecidos en el presente consentimiento.

5- PAGO A PRESTADORES

Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada.

Guía de pago



*Nota: las fechas de transferencias de fondos entre los diferentes Agentes de salud pueden no ser exactas y sufrir leves variaciones

Yo _____ con Documento tipo (_____)

Nº _____ de constancia que acepto los términos de pagos anunciados en el presente documento.

Firma, aclaración y sello de la Institución