

AÑO 2021

NOTA MÚLTIPLE N°138

La Plata, 25 de Junio de 2021.

Señor  
Presidente de la  
Entidad Primaria

Nos dirigimos a usted con el fin de informar lo siguiente:

**PUNTO ÚNICO: OBRA SOCIAL PERSONAL DE TELEVISIÓN - OSPTV (Códigos 068-168): S/ Normas Operativas.**

Se comunica a las Entidades Primarias las normas operativas actualizadas para la Obra Social de referencia:

### 1- NORMAS GENERALES

Las normas que se detallan a continuación revisten carácter de obligatorio, por lo que su incumplimiento será causa de débito de la facturación.

#### 1.1- OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

Deberán presentar:

**Bono de consulta / práctica / internación expedida por la OSPTV en formato físico o formato digital.** El bono implica que la afiliación fue verificada en el momento de la entrega, por lo que se encuentra en condiciones de recibir los servicios correspondientes al tipo de bono. No obstante ello, **deberá acreditar su identidad ante el prestador mostrando su documento de identidad, cuyos datos deberán coincidir con los consignados en el bono.**



PLANES:  
SAT  
JSAT  
JSATM



Planes:  
100  
200  
300  
400  
OSPTV  
JOST  
JOSTM

#### Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata  
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)  
Fax (0221) 439-1375  
Mail sec-me@femeba.org.ar

#### Oficina Capital Federal

Av. Belgrano N°1225  
(C1093AAA) C.A.B.A.  
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490  
Mail dcapital@femeba.org.ar

Credencial provisoria

**TVSALUD** OBRA SOCIAL DE TELEVISION

Cdad. Autónoma de Buenos Aires, 01 de ..... de 2021

Se extiende la presente a fin de certificar que el afiliado..... DNI.....  
recibe los beneficios de la **OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE TELEVISION.**

Nº beneficiario: 000000/00  
Nº Credencial: 6106441000000000

**Plan: SAT NO ABONA COSEGURO**

VTO: 31-07-2021

*Adriana Berto*  
ADRIANA BERTO  
JEFE DEPARTAMENTO AFILIACIONES  
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE TELEVISION

QUINTO BOCAYUVA 50 - C1181AAB - CIUDAD AUT. DE BUENOS AIRES  
TEL: 5555-3100 - WWW.TVSALUD.COM / INFO@TVSALUD.COM

1.2- OBLIGACIONES DEL PRESTADOR

PRACTICAS AMBULATORIAS – se acepta formato fisico o digital.

- Los bonos / órdenes que presente el afiliado deberán responder al modelo que utiliza la Obra Social del Personal de Televisión.
- Identificar al paciente a través de su documento de identidad, credencial o constancia de afiliación provisoria, de modo que sus datos se correspondan con los que contiene el bono presentado.
- La prescripción médica tiene una vigencia de 30 días para su efectivización (entre la fecha de prescripción y la fecha de realización de la práctica).
- Durante la emergencia Covid -19 se aceptará a 60 días desde su emisión para todas las consultas, se deberá colocar la leyenda emergencia Covid-19, se pueden también aceptar ordenes en formato PDF, sin sello ni formas, expedidas por el sistema de OSPTV, junto a la orden deben recibir la imagen de la prescripción médica, de esta última se debe hacer una copia digital para adjuntar a la facturación.

**Sede Central**

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata  
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)  
Fax (0221) 439-1375  
Mail sec-me@femeba.org.ar

**Oficina Capital Federal**

Av. Belgrano N°1225  
(C1093AAA) C.A.B.A.  
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490  
Mail dcapital@femeba.org.ar

Modelo de bono/ orden



**Orden de Consulta/Práctica** 120900

---

Autorización Número: **00020-000002502135** **COPIA** Estado: **AUTORIZADA**

---

Beneficiario: **302177/01** **PINO OLIVARES, JAVIERA MONSERRAT** Edad: **37**  
 Plan: **SAT** Documento: **D.N.I.** **94845829** Sexo: **F**

---

Fecha de Prescripción: **31/03/2021** Fecha de Solicitud: **31/03/2021** Fecha de Vencimiento: **31/05/2021**

---

Prescriptor: \_\_\_\_\_

---

Prestador: **61191 - PABRA S.A.** Sucursal: **1**

---

Práctica O. S.	Práctica Prest.	Prestación	Cantidad	Prest.	Estado
<b>420101</b>		<b>CONSULTA EN CONSULTORIO</b>	<b>1</b>	<b>N</b>	

---

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Efector: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

---

Morón: Vergara 62 Tel. 4489 0554 | Lomas de Zamora: Sarmiento 260 Tel. 4292 – 9331 | Quilmes: Av. Vicente Lopez 87 Tel. 4252-3856  
 C.A.B.A.: Quintino Bocayuva 50 Tel. 5555-3100

OAUWComprobante
Página 1 de 1
GABRIEL DI TORE
31/03/2021 18:50

INGRESO POR GUARDIA

- Cuando el paciente ingresa por guardia, previa constatación de la Credencial o Constancia de afiliación Provisoria junto con su documento de Identidad, toda atención recibida o práctica realizada al mismo, debe tener la conformidad del beneficiario, es decir firma, aclaración y número de credencial y / o documento de identidad, en los comprobantes internos que el prestador posea para tal fin, con un sello que constate la atención por "GUARDIA". Por lo tanto, NO DEBE presentar Orden de Consulta y no requiere autorización de consulta ni prácticas quedando sujeto a la auditoria posterior. **Se factura con R/p completa en todos sus ítems.**

INTERNACIONES: El prestador facturará a la Obra Social con los comprobantes enunciados precedentemente en formato físico o digital:

<b>TV SALUD</b> <small>OBRA SOCIAL DE TELEVISIÓN</small>	
<b>120900</b>	
<b>Orden de Internación</b>	
Orden Internación Nro: <b>00100-000001066987</b> <b>ORIGINAL</b> Estado: <b>AUTORIZADA</b>	
Beneficiario: <b>999999/00</b>	<b>AFILIADO, EN TRAMITE</b>
Plan: <b>SAT</b>	Edad: <b>10</b>
Documento: <b>D.N.I. 51674838</b>	Sexo: <b>X</b>
Entidad Internación: <b>1028 1 HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA</b>	
Médico Solicitante :	
Tipo Internación: <b>CLINICA</b>	Tipo Pensión: <b>HAB.STANDARD</b>
Fecha Solicitud: <b>08/06/2021</b>	
Fecha Internación: <b>08/06/2021</b>	Cant. Dias : <b>3</b>
Derivación Ingreso:	Fecha Vencimiento de la Orden : <b>11/06/2021</b>
<b>1 Práctica: 400101      TER INTENS ARANCEL GLOBAL 24 H</b>	
Observaciones: <b>PUNCIÓN BAJO ECOGRAFIA CÓD 345002</b>	
Firma Responsable Obra Social: _____	Firma del Beneficiario, Familiar o 3ra. Persona: _____  Aclaración: _____  Documento: _____
Morón: Vergara 62 Tel. 4489 0554   Lomas de Zamora: Sarmiento 260 Tel. 4292 – 9331   Quilmes: Av. Vicente Lopez 87 Tel. 4252-3856 C.A.B.A.: Quintino Bocayuva 50 Tel. 5555-3100	
<small>OinWImpresionOrden</small>	<small>Página 1 de 1</small>
<small>GABRIEL DI TORE    08/06/2021 22:33</small>	

INTERNACIONES PROGRAMADAS: no podrán programarse sin la evaluación previa de la auditoría médica de la OSPTV. La autorización deberá ser gestionada en la OSPTV con 10 días de anticipación como mínimo. En las mismas deberá constar: Apellido y Nombre del afiliado, número de afiliado, diagnóstico, fecha de internación, nombre del sanatorio y fecha probable de alta, con la documentación respaldatoria completa del procedimiento que se va a realizar; además deberán tener la firma y sello del profesional que indica la internación.

**Sede Central**

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata  
 Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)  
 Fax (0221) 439-1375  
 Mail sec-me@femeba.org.ar

**Oficina Capital Federal**

Av. Belgrano N°1225  
 (C1093AAA) C.A.B.A.  
 Tel/Fax (011) 4383-4467/4490  
 Mail dcapital@femeba.org.ar

INTERNACIONES DE URGENCIA: Deberán ser denunciadas dentro de las 12 horas de producidas. Si un paciente es traspasado a UTI - UCO deberá ser comunicado siguiendo las pautas establecidas para las internaciones de urgencia.

- PRORROGAS: Deberán solicitarse antes de las 9 Hs. de la fecha que expire la autorización de la internación
- ALTAS: Deberán ser informadas a nuestra Obra Social el mismo día que se otorgan.

La falta y/o incumplimiento de lo antes enunciado será motivo de débito.

## 2- NORMAS PARA PRESENTACION DE FACTURAS

Se deberá presentarse en formato físico o digital, factura con el detalle de facturación general e individual, en el cual debe figurar firma y sello del responsable de la institución, presentadas a nombre de la OSPTV.

La presentación se deberá remitir vía mail a la dirección de correo Mesadeentradas@tvsalud.com.ar, en formato de PDF que no admite cambios.

La OSPTV no aceptará facturaciones parciales ni de prestaciones correspondientes a meses no vencidos.

No se recibirán facturaciones fuera de las fechas enunciadas precedentemente.

Las refacturaciones serán recibidas del 1 al 15 de cada mes y se podrán refacturar hasta 90 días de recepcionada la documentación en el prestador. Pasado dicho plazo no se aceptará las mismas. Las refacturaciones deberá estar expresado en forma clara y precisa que se trata de REFACTURACION.

Sin otro particular, nos despedimos de usted atentamente.

Dr. Sandro Scafati  
Secretario de Gobierno



### Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata  
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)  
Fax (0221) 439-1375  
Mail sec-me@femeba.org.ar

### Oficina Capital Federal

Av. Belgrano N°1225  
(C1093AAA) C.A.B.A.  
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490  
Mail dcapital@femeba.org.ar