



SOLICITUD DE PAGO DIRECTO AL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE

Señores de OSDE:

El/la Sr./Sra., DNI N°, en adelante EL SOLICITANTE; y el profesional/razón social....., CUIT N°, en adelante EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE; se dirigen a OSDE a efectos de expresar:

a) Que EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE brinda servicios de salud/educativos, de su especialidad, Matrícula: MN ☐ MP ☐, a (nombre y número de afiliado), en adelante EL AFILIADO, en razón del Certificado Único de Discapacidad del cual es titular.

b) Que EL AFILIADO no recibe de ningún profesional/institución de OSDE las prestaciones de discapacidad que brinda EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE y que elige continuar su tratamiento con este último.

c) Que, por lo antes expresado, EL SOLICITANTE decide contratar a EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE para que brinde las prestaciones de discapacidad correspondientes a EL AFILIADO.

d) Que tanto EL SOLICITANTE como EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE solicitan y aceptan que OSDE abone los honorarios correspondientes a EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE directamente mediante transferencia bancaria a la cuenta cuyos datos se especifiquen en el formulario de "ACREDITACIÓN DE FONDOS", o los que a futuro se indiquen. Los honorarios a transferir estarán sujetos a los valores que OSDE reconozca y autorice a tal efecto, y serán abonados dentro de los 35 días hábiles a partir de la presentación de la factura ante OSDE. La factura deberá emitirse el día en que se concluya la prestación; para el caso de "Servicios Continuos" podrá emitirse hasta el último día del mes en el que se brindó el servicio. Dicha factura deberá ser remitida a OSDE dentro de los 10 días corridos siguientes a su emisión. Quedará a cargo de EL AFILIADO cualquier diferencia dineraria que hubiese acordado con EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE.

e) Que la factura será emitida por EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE con los siguientes datos:

- Dirigida a OSDE (CUIT 30-54674125-3, responsable inscripto).
- Nombre y DNI del beneficiario de la prestación.
- Prestación.
- Cantidad de sesiones brindadas (no podrán superar las autorizadas por OSDE).
- Arancel de la prestación (deberá coincidir con el previamente autorizado por OSDE).
- Fecha de la prestación.

EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE deberá emitir una factura por cada socio.



f) Que, dado que EL SOLICITANTE es quien contrata a EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE y que ambos requieren que OSDE se limite únicamente a liquidar los honorarios correspondientes a EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE, tanto EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE como EL AFILIADO reconocen que no existe relación laboral de dependencia entre EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE y OSDE.

g) Que EL SOLICITANTE exime a OSDE de toda responsabilidad por cualquier consecuencia que se derive de las prestaciones brindadas por EL PROFESIONAL/ INSTITUCIÓN TRATANTE.

h) Que EL SOLICITANTE reconoce la dirección de correo electrónico actualmente registrada en OSDE por el titular de la afiliación como medio para el envío de todas las comunicaciones administrativas y de carácter legal emitidas por OSDE, hasta tanto el titular notifique cambios a través de los canales habilitados a tal fin.

Lugar y fecha

Firma de EL SOLICITANTE

Aclaración

Firma de EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE

Aclaración.....

Datos de contacto de EL PROFESIONAL/INSTITUCIÓN TRATANTE

Celular E-mail@.....

Domicilio Particular

Calle: Número Piso Depto

Cod. Postal Provincia Localidad

Teléfono

Domicilio Consultorio

Calle Número Piso Depto

Cod. Postal Provincia Localidad

Teléfono

Acepto recibir en la dirección de correo electrónico informada todas las comunicaciones administrativas como las de carácter legal emitidas por OSDE. Independientemente del uso de otros medios como el domicilio de correspondencia o teléfonos celulares. Los datos de contacto informados tendrán validez hasta tanto comunique cambios a través de los canales habilitados