

## INSTRUCTIVO PARA PRESTADORES

### Normas de Facturación Discapacidad 2018

**IMPORTANTE:** Las facturas se reciben ÚNICAMENTE del 01 al 10 de cada mes (facturando a mes vencido) en la sede central de OSPACA: T.M.de Anchorena 641, CABA, de Lunes a Viernes de 09 a 18horas.

**Atención Personalizada por facturas rechazadas:** Martes o Viernes de 10 a 14 horas, anunciarse en recepción con nombre y apellido del beneficiario y cuit del prestador.

Para verificar si tiene pagos disponibles/ transferencias bancarias o facturas rechazadas puede realizarlo a través de la página web: [www.ospaca.com](http://www.ospaca.com) o por teléfono al 11-4106-4500 ó 0800-999-6772 de Lunes a Viernes de 08 a 20hs.

- **IMPORTANTE: Solo se aceptan Facturas A o C. No corresponde discriminar IVA, ni Ingresos Brutos.**
  - Solo se autorizan las facturas presentadas con la correspondiente planilla de asistencia. **SIN EXCEPCIÓN**
  - La Obra Social se encuentra obligada a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP, por esa razón todos los proveedores y/o profesionales deben encontrarse activos y sin inconvenientes en la Constancia de AFIP. La misma debe ser entregada con la primera factura presentada del año en curso.
  - La facturación debe ser mensual. Las prestaciones deben ser de un sólo período (mes).
  - Se deberá adjuntar siempre planilla de asistencia mensual (ver modelo adjunto)
  - No se aceptará en la misma factura distintos beneficiarios.
  - No se aceptará enmiendas, tachaduras, ni datos salvados. **SIN EXCEPCIÓN.**
  - En caso que el prestador facture dos prestaciones del mismo afiliado (Ej. EGB Y TRANSPORTE), debe emitir una factura para cada prestación.
  - Una vez percibido el pago, deberán presentar **SIEMPRE** en OSPACA Sede Central, el recibo cancelatorio o nota "Percepción de Pago" (ver modelo adjunto). De lo contrario se rechazan las facturas siguientes.
  - Todo recibo cancelatorio debe poseer el número de factura que cancela, el mismo debe estar realizado sin errores ni enmiendas.
- IMPORTANTE. Deberán presentar:**  
 Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde homebanking.
- La cuenta bancaria y el CBU deben ser de quién emite la factura.  
 Enviar por mail a: [cbu@ospaca.com](mailto:cbu@ospaca.com) ó por mesa de entrada en OSPACA Central (T.M. de Anchorena 641- CABA)
- ACLARACIÓN**  
 Si un beneficiario recibe más de un tratamiento por sesiones con más de un tratamiento, las facturas de TODAS ellas deberán presentarse a mes vencido del 01 al 10 de cada mes. En caso de no presentar la factura de una prestación, en ese lapso, (Ej.: Fonoaudiología) no se podrá dar curso a las restantes. (Ej.: Psicopedagogía, Terapia Ocupacional).
- ATENCIÓN TRANSPORTE**  
 La cantidad total de Km facturados (en caso de traslados a más de una prestación -ej.: escuelas, terapias-) **NO** podrá superar los **KM AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL**, conforme lo indicado en la nota de autorización (disponible en la web de OSPACA). De lo contrario se **RECHAZARÁN** las facturas.

## LAS FACTURAS DEBERÁN CONTENER (Datos Indispensables)

- Fecha de emisión (posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario)
- Estar extendidas a nombre de: OSPACA.
- Domicilio: T. Anchorena 641, CABA, **CUIT: 30-56174814-0 (INDISPENSABLE)**
- Condición IVA: Responsable Inscripto. Tener en cuenta la condición de producto o servicios que puedan ser exentos en IVA - (RUBRO SALUD NO CORRESPONDE DISCRIMINAR EL IVA)
- Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario.
- Período facturado (mes y año facturado).
- Prestación brindada (según autorización).
- Cantidad de sesiones o tipo de jornada
- En caso de módulo Integral Intensivo ó Modulo Integral Simple detallar las sesiones brindadas.
- Categoría (A-B-C) en caso de Institución.
- Importe unitario (valor por sesión o del módulo).
- Importe total.
- Firma y sello
- N° de C.A.I. pre-impreso (INDISPENSABLE)

### **EN CASO DE NO CONTENER DATOS MENCIONADOS LA FACTURA SE RECHAZARÁ**

#### **En caso de transporte, además se debe detallar:**

1. Punto de partida y destino.
2. Indicar si es beneficiario con dependencia (SI / NO). De acuerdo a lo autorizado por la Obra Social (Según Formulario FIM).
3. Cantidad de km recorridos por viaje.
4. Cantidad de viajes.
5. Monto individual por viaje.
6. Cantidad de km mensuales (km por viaje x cantidad de viajes).
7. Monto total mensual.
8. Valor del Km. Según Res. 662E/2017 ó sus modificatorias.
9. N° de C.A.I. pre-impreso (INDISPENSABLE)
10. Nombre y Apellido completo del Beneficiario

Buenos Aires \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

En el día de la fecha recibí de la obra social OSPACA la suma de \$ \_\_\_\_\_

en concepto de cancelación de las siguientes facturas:

Nº Factura: \_\_\_\_\_ Importe: \$ \_\_\_\_\_

Nº Factura: \_\_\_\_\_ Importe: \$ \_\_\_\_\_

Nº Factura: \_\_\_\_\_ Importe: \$ \_\_\_\_\_

Nº Factura: \_\_\_\_\_ Importe: \$ \_\_\_\_\_

Nº Factura: \_\_\_\_\_ Importe: \$ \_\_\_\_\_

Por la prestación de \_\_\_\_\_ brindada por \_\_\_\_\_

al beneficiario \_\_\_\_\_ N° de cuil \_\_\_\_\_

Con cheque:  Banco: \_\_\_\_\_ N° de cheque: \_\_\_\_\_

Efectivo:

Transferencia Bancaria:

Recibo los valores anteriormente indicados en mi carácter de \_\_\_\_\_

del beneficiario, por brindarse la prestación con modalidad de reintegro.

Firma – Sello:

Aclaración:

DNI:



**Deberá adjuntar 1 (una)  
planilla a cada factura**

PRESTADOR  RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL  TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI  PRESTACIÓN

TIPO DE JORNADA HORARIO

PERÍODO (MES Y AÑO)  /

Se marcará con P: presente, las asistencias.  
Se marcará con A: ausente, las inasistencias.

DÍA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....  
*Firma Paciente o Responsable*

.....  
*DNI*

.....  
*Firma Profesional*

.....  
*Aclaración*

.....  
*Vínculo*

.....  
*Matrícula, Sello y Aclaración*



