

OSPACA

Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4

INSTRUCTIVO FACTURACIÓN PARA
PRESTADORES
de PRESTACIONES de DISCAPACIDAD
2023



Una Decisión **Saludable.**

INSTRUCTIVO FACTURACIÓN PARA PRESTADORES

NORMAS DE FACTURACIÓN DISCAPACIDAD 2023

Actualización (Diciembre 22)

OSPACA cuenta con un Portal Web exclusivo para **Proveedores de Prestaciones de Discapacidad** donde debe Obligatoriamente registrarse con un usuario y mail. Desde dicho portal debe cargar la facturación mensual, documentación respaldatoria, hacer el seguimiento de las facturas, consultar pagos disponibles, transferencias realizadas o facturas rechazadas, entre otras funcionalidades.

Recuerde que las notificaciones se realizan **AUTOMÁTICAMENTE** a través del correo electrónico, si ud quiere efectuar una consulta **NO DEBE** contestar el mail, sino ingresar con su **CUIT** y **Clave** al Portal Web y desde allí efectuar la consulta.

DUDAS O CONSULTAS

- *El seguimiento deberán realizarlo a través del PORTAL WEB de PROVEEDORES ingresando su CUIT, usuario y contraseña previamente creados.*
- *Desde el mismo portal puede realizar una consulta de FACTURACION ingresando la opción: FACTURACIÓN DISCAPACIDAD CONSULTA.*
- *Para realizar una consulta por Facturas Rechazadas debe ingresar la opción: FACTURA DISCAPACIDAD RECHAZO.*

Acceso al Portal Web de Proveedores e información periódica referente a la facturación, ingrese a **WWW.OSPACA.COM** y **seleccione del menú INFORMACIÓN - PROVEEDORES - PORTAL WEB DE PROVEEDORES**

REQUERIMIENTOS EN FACTURAS

- Sólo se aceptan Facturas A o C digitales. No corresponde discriminar IVA, tampoco Ingresos Brutos.
- Sólo se autorizan las facturas presentadas con la correspondiente Planilla de Asistencia Presencial (Reglamentación desde Enero 2022). SIN EXCEPCION (ver modelos adjuntos).
- 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 facturación debe ser mensual. Las prestaciones deben ser de un sólo período (mes).
- No se aceptará en la misma factura distintos beneficiarios.
- No se aceptará enmiendas, tachaduras, o cambio de tinta. SIN EXCEPCIÓN.

FACTURACIÓN TRANSPORTE

En caso que el prestador facture traslados a dos prestaciones del mismo afiliado (Ejemplo: ESCOLARIDAD, REHABILITACIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL), indicar la prestación de destino, tal como figura en la nota de autorización.

Ejemplo: si tiene traslados autorizados a TERAPIA OCUPACIONAL, ESCOLARIDAD, REHABILITACIÓN, en factura especificar dicha prestación.

Para el **Caso de TRANSPORTE** deberá tener en Cuenta que se solicita además de lo mencionado anteriormente:

- *Prestación de Destino (Por ejemplo: ESCUELA, CET, REHABILITACION, PSICOLOGÍA, MUSICOTERAPIA, etc.)*
- *Partida Desde y Hasta, que coincida con lo facturado.*

PROCEDIMIENTOS

PRESENTACIÓN DE FACTURAS

La carga de facturas está habilitada **ÚNICAMENTE del 1 al 10 de cada mes**, pudiendo presentar **SÓLO** las del mes vencido o las correspondientes a 3 meses anteriores. Ejemplo: 1 al 10 de Febrero, **SÓLO** se permite cargar facturas de Oct-Nov-Dic y Enero. **SIN EXCEPCIÓN.**

Los Proveedores deberán adjuntar a la Factura, únicamente el Modelo de **Planilla de Asistencia Mensual**, que encontrarán cargado en el Portal Web, o adjuntas al final de este Instructivo. Dicha Planilla deberá ser presentada con toda la información completa.

RECHAZO DE FACTURAS

COMUNICACIÓN DE FACTURAS RECHAZADAS

- La notificación de que su factura ha sido rechazada se realiza por correo electrónico, si ud. quiere efectuar una consulta NO DEBE contestar el mail, sino ingresar con su Usuario y Clave al Portal Web y desde allí efectuar la consulta.
- Para realizar una consulta por Facturas Rechazadas debe ingresar a la opción: **FACTURA DISCAPACIDAD RECHAZO**.

REEMPLAZO UNA FACTURA RECHAZADA

- Si su factura fue RECHAZADA y ud. debe enviar una nueva factura o cualquier otra documentación para solucionar el rechazo debe hacerlo a través del PORTAL WEB DE PROVEEDORES.
- Las facturas que reemplazan a una rechazada, se pueden subir al portal durante todo el mes, es decir del 01 al 30 ó 31, según corresponda. (Siempre y cuando cumpla encontrarse dentro del PERÍODO MÁXIMO para REEMPLAZARLA).
- Recuerde que OSPACA NO envía mail confirmando recepción de las facturas, Ud. debe realizar el seguimiento a través del PORTAL WEB de PROVEEDORES.

PERÍODO MÁXIMO PARA REEMPLAZAR UNA FACTURA RECHAZADA

- La presentación y/o corrección de facturas rechazadas se debe realizar dentro de los 3 meses posteriores al período facturado. Ej: Se rechazó mi factura del período diciembre, tengo hasta marzo para subir mi factura corregida.
- Es decir: Una vez cargada la factura mensual, ésta será auditada. En caso de ser rechazada, tendrá 90 días para su corrección, luego de este período quedará fuera de termino. Estos 90 días se calculan desde el mes de prestación, del período facturado, no desde el mes de carga en el portal. Ej: Si tengo la factura rechazada del período diciembre, que la presenté en enero, tengo los meses de enero febrero y marzo para su corrección, luego en abril quedará fuera de termino.

PRESENTACIÓN DE RECIBOS CANCELATORIOS

- Una vez percibido el pago deberán presentar **OBLIGATORIAMENTE** los comprobantes cancelatorios correspondientes.
- En caso de que el tipo de factura emitida haya sido "A", el recibo que la cancele debe ser "Recibo A" o "Recibo X", sin excepción.
- En caso de que el tipo de factura emitida haya sido "C" el recibo que la cancele debe ser "Recibo X", "Recibos C" o se puede utilizar la nota "Recibo Cancelatorio" (ver modelo adjunto).
- Todo recibo cancelatorio debe poseer número de factura que cancela y el monto de la misma. En caso de cancelar más de una factura con el mismo recibo, se debe detallar cada factura y el monto individual de cada una.

- *Debe presentar un recibo por Beneficiario.*
- *La confección del recibo no debe tener errores, tachaduras ni enmiendas o cambio de tinta.*

DATOS INDISPENSABLES

LAS FACTURAS DEBERÁN CONTENER:

- *Fecha de emisión (posterior al mes de prestación).*
 - *Estar extendidas a nombre de: OSPACA (Obra Social del Personal del ACA).*
 - *Domicilio: T. M. 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 de IVA - (RUBRO SALUD NO CORRESPONDE DISCRIMINAR EL IVA)*
 - *Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario. (Esta Obra Social NO toma en cuenta el N° de Afiliado).*
 - *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 ó del módulo según Nomenclador Vigente de SSSalud).*
 - *Importe total.*
 - *N° de C.A.I. pre-impreso (INDISPENSABLE).*
 - *La factura debe cargarse como archivo en formato .PDF únicamente y pesar 2MB máximo. En el caso de las facturas NO es necesario que las mismas se presenten con firma y sello. Sugerimos enviar directamente el archivo que se descarga de AFIP.*
- EN CASO DE NO CONTENER LOS DATOS MENCIONADOS, LA FACTURA SE RECHAZARÁ.**

FACTURAS EN CASO DE TRANSPORTE

Además de los puntos mencionados arriba, se debe detallar:

- *Punto de partida y destino.*
- *Indicar si es beneficiario con dependencia (SI / NO). De acuerdo a lo autorizado por la Obra Social (Según Formulario FIM).*
- *Cantidad de km recorridos por viaje.*
- *Cantidad de viajes.*
- *Monto individual por viaje.*

- Cantidad de km mensuales (km por viaje x cantidad de viajes).
- Monto total mensual.
- Valor del Km. Según Nomenclador Vigente de SSSalud.
- N° de C.A.I. pre-impreso (INDISPENSABLE).
- Nombre y Apellido completos y DNI del Beneficiario.
- Prestación destino (a donde lo transportan: CET, Escuela, Kinesiología, Rehabilitación, etc.).

PLANILLA DE ASISTENCIA PRESENCIAL

A continuación, le brindamos información importante para completar correctamente las Planillas de Asistencia Presencial. A partir de esta publicación posee la posibilidad de completar los archivos PDF desde su PC.

- Indicar Datos Completos del Profesional, Razón Social, Domicilio, Mail, Teléfono.
- Datos Completos del Beneficiario: Nombre, Apellido y DNI.
- Prestación que coincida con lo autorizado/ facturado.
- Período Facturado (Mes y Año).
- Completar Esquema de Días/ Horarios del Mes de Concurrencia del Beneficiario.
- Las Firmas del Profesional y también las firmas del Responsable del Beneficiario pueden ser Digitales (Holográficas, Electrónicas o Firma Digital) ó de Puño y Letra. Sin Excepción. Recuerde por favor que las mismas deben ser LEGIBLES. **NO ES VÁLIDO QUE LA FIRMA SEA UNA FOTO.**
- Cada Sesión Brindada Debe Estar Firmada por Ambas Partes.
- Al final de Cada Planilla debe haber: Firma, Sello Legible, Aclaración y Matrícula del Profesional.
- Firma, Aclaración, DNI y Vínculo del Responsable del Beneficiario
- Recuerde que las mismas pueden ser Digitales o de Puño y Letra.
- NO Se Aceptarán Planillas Recortadas o Ilegibles.
- NO se Aceptarán Enmiendas, Tachaduras o Corrector. SIN EXCEPCIÓN.

Para el **Caso de TRANSPORTE** deberá tener en Cuenta que se solicita además de lo mencionado anteriormente:

- Prestación de Destino (Por ejemplo: ESCUELA, CET, REHABILITACION, PSICOLOGÍA, MUSICOTERAPIA, etc.)
- Partida Desde y Hasta, que coincida con lo facturado.

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL. PRESTACIONES POR HORA/SESIONES.

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

PERÍODO

MES

AÑO

CANT	FECHA DD/MM/AA	HORARIOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA CONFORMIDAD DEL PACIENTE O RESPONSABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

Sello Legible

Firma

DNI

Aclaración

Aclaración

Matrícula/DNI

Vínculo

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL. INSTITUCIONES

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

PERÍODO

MES

AÑO

Ingrese las horas brindadas por día

DÍA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

Sello Legible/DNI

Firma

DNI

Aclaración

Aclaración

Vínculo

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL. APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

PERÍODO

MES

AÑO

Ingrese las horas brindadas por día

DÍA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

Sello Legible/DNI

Firma

DNI

Aclaración

Vínculo

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL. TRANSPORTE.

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PERÍODO

MES

AÑO

PRESTADOR

CUIT

Transporte a

(Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o la razón social de la institución)

Partida desde

(Calle y número, localidad y provincia)

Destino

(Calle y número, localidad y provincia)

CANT.	FECHA DD/MM/AA	HORA IDA	HORA VUELTA	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA CONFORMIDAD DEL RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

TRANSPORTISTA

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma del transportista
responsable

Sello del recibo

Firma

DNI

Aclaración

Aclaración

Matrícula/DNI

Vínculo

RECIBO CANCELATORIO.

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:

N° FACTURA	<input type="text"/>
IMPORTE \$	<input type="text"/>

N° FACTURA	<input type="text"/>
IMPORTE \$	<input type="text"/>

N° FACTURA	<input type="text"/>
IMPORTE \$	<input type="text"/>

N° FACTURA	<input type="text"/>
IMPORTE \$	<input type="text"/>

N° FACTURA	<input type="text"/>
IMPORTE \$	<input type="text"/>

N° FACTURA	<input type="text"/>
IMPORTE \$	<input type="text"/>

Por la prestación de brindada por
al beneficiario N° de CUIL

CHEQUE <input type="checkbox"/>	EFFECTIVO <input type="checkbox"/>
Banco <input type="text"/>	
N° Cheque <input type="text"/>	TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/>

Recibo los valores anteriormente indicados en mi carácter de
del beneficiario, por brindarse la prestación con modalidad de reintegro.

.....
Firma


.....
Sello

Aclaración

DNI



www.ospaca.com

 4106.4500 / 0800.999.6772

 T.M. de Anchorena 641.
C1170ACK - CABA

 informes@ospaca.com