

OSPACA

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

INSTRUCTIVO FACTURACIÓN PARA
PRESTADORES
de PRESTACIONES de DISCAPACIDAD
2024

ÚLT. ACT. MARZO 2024



Una Decisión **Saludable.**

INSTRUCTIVO FACTURACIÓN PARA PRESTADORES

NORMAS DE FACTURACIÓN DISCAPACIDAD 2024

Actualización (Marzo 24)

OSPACA cuenta con un Portal Web exclusivo para **Proveedores de Prestaciones de Discapacidad** donde debe Obligatoriamente registrarse con un usuario y mail. En dicho portal debe cargar la facturación mensual, documentación respaldatoria, se realiza el seguimiento de las facturas, consulta de 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.

MUY IMPORTANTE: El prestador debe tener su documentación actualizada (habilitaciones, RNP, Licencia de conducir, VTV, recibos cancelatorios, etc) correspondiente a la prestación brindada, caso contrario el portal será bloqueado automáticamente y no podrá gestionar su facturación y/o rechazos.

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 FACTURA

- *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 EXCEPCIÓN (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 y a 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 (*Verificar información para completarlas en pág 5*). Dicha Planilla deberá ser presentada con toda la información completa.

RECHAZO DE FACTURAS

COMUNICACIÓN DE FACTURAS RECHAZADAS

- La notificación 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 la opción: **FACTURA DISCAPACIDAD RECHAZO**.

REEMPLAZO FACTURAS RECHAZADAS

- 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 el mes facturado se encuentre 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 pueda 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.*
- *Nº 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.*
- *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 Acetarán 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.*
- *En caso de facturar conforme Res1992/15 debe indicarlo claramente en la Planilla de Asistencias.*



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*

Aclaración

Matrícula/DNI

.....
Firma DNI

Aclaración

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	
<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"/>

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

.....
 Firma

.....
 Sello Legible/DNI

Aclaración

.....
 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** _____



OSPACA

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

 4106.4500 / 0800.999.6772
 T.M. de Anchorena 641.
 C1170ACK - CABA
 informes@ospaca.com

RECIBO CANCELATORIO

BUENOS AIRES de del 20

En el día de la fecha, recibí de la Obra Social OSPACA, el pago de las siguientes facturas:

N° FACTURA		N° FACTURA	
IMPORTE \$		IMPORTE \$	
N° FACTURA		N° FACTURA	
IMPORTE \$		IMPORTE \$	
N° FACTURA		N° FACTURA	
IMPORTE \$		IMPORTE \$	

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

Importe transferido \$	
Retención IIBB \$	
Retención Ganancias \$	
Total \$	

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





www.ospaca.com

 4106.4500 / 0800.999.6772

 T.M. de Anchorena 641.
C1170ACK - CABA

 informes@ospaca.com