

INSTRUCTIVO PARA PRESTADORES

Normas de Facturación Discapacidad 2019

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 o por teléfono al 11-4106-4500 ó 0800-999-6772 de Lunes a Viernes de 08 a 20hs.

NUEVO PLAZO DE PRESENTACIÓN DE FACTURAS:

Las facturas se reciben ÚNICAMENTE del 1 al 10 de cada mes, pudiendo presentar SOLO las del mes vencido o las correspondientes al mes anterior – Ej: 1 al 10 de Marzo SOLO se reciben factura de Febrero o Enero – SIN EXCEPCION.

En caso que la factura sea rechazada podrá ser salvada o reemplazada ÚNICAMENTE dentro de los 30 días de rechazada (verificar a través de la web de OSPACA) de lo contrario NO se dará curso a la factura de ese mes.

TENER EN CUENTA: Todas las facturas de las prestaciones autorizadas a cada beneficiario deben presentarse en forma conjunta a mes vencido, de lo contrario será imposible darle curso.

- Motivos frecuentes de rechazo de factura:
 - por error u omisión en los datos de la factura (DNI del beneficiario, categoría de la institución, periodo, etc.)
 - falta de planilla de asistencia
 - falta de presentación de recibos cancelatorios de pagos ya percibidos

- **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 (ver modelo adjunto)**

- 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).

- No se aceptará en la misma factura distintos beneficiarios.

- No se aceptará enmiendas, tachaduras, o cambio de Tinta. **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 en OSPACA Sede Central, 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). En caso de no presentar los recibos cancelatorios, las facturas presentadas posteriormente no serán autorizadas.

- 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.

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 ó por mesa de entrada en OSPACA Central (T.M. de Anchorena 641- CABA)

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:

SOLO PRESENTAR UNA FACTURA POR DESTINO

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
11. DNI del Beneficiario
12. Prestación destino (a donde lo transportan: CET, Escuela, Kinesiología, etc.)

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:

PRESTADOR [] RAZÓN SOCIAL []

DOMICILIO []

MAIL [] TELÉFONO []

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO []

DNI [] PRESTACIÓN []

PERÍODO MES [] AÑO []

FECHA DD/MM/AA	HORARIOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE o RESPONSABLE

.....
Firma Paciente o Responsable

.....
Aclaración

.....
Firma Profesional

.....
Sello o Aclaración

.....
Matrícula

**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

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

Para cada beneficiario debe presentar una factura por cada destino y adjuntar a la misma la siguiente planilla.

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)

Fechas	Horario Ida	Horario Vuelta	Firma o aclaración del paciente o responsable

.....
Firma del transportista Responsable

.....
Aclaración y Sello