

INSTRUCTIVO FACTURACIÓN PARA PRESTADORES

Normas de Facturación Discapacidad 2021

Las notificaciones referentes a facturación se realizarán por **correo electrónico**, es indispensable que registre el mismo a través de la web de OSPACA o comunicándose al 0800-999-6772.

Solicitamos realizar la carga, el seguimiento de sus facturas en circuito, consultar pagos disponibles, transferencias realizadas o facturas rechazadas a través de la nueva plataforma web disponible en www.ospaca.com

NUEVO PLAZO DE PRESENTACION DE FACTURAS

La carga de facturas está habilitada **UNICAMENTE del 1 al 10 de cada mes**, pudiendo presentar SOLO las del mes vencido o las correspondientes a 2 meses anteriores. Ejemplo: 1 al 10 de Febrero, SOLO se permite cargar facturas de Nov-Dic y Enero.
SIN EXCEPCIÓN.

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, período, etc.)
- Por falta de planilla de asistencia o declaración jurada según corresponda.
- Solo se aceptan **Facturas A o C digitales**. No corresponde discriminar IVA, tampoco Ingresos Brutos.
- Solo se autorizan las facturas presentadas con la correspondiente planilla de asistencia o declaración jurada según corresponda. 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 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.
- **TRANSPORTE:** En caso que el prestador facture traslados a dos prestaciones del mismo afiliado (Ejemplo: ESCOLARIDAD, JD 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, JD, en factura especificar dicha prestación.
- Una vez percibido el pago deberán presentar 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.

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 facturacion@ospaca.com

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. 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.
- 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).
- 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 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 Res. 06/2019 ó sus modificatorias.
- 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, etc.).

INFORMACIÓN PARA COMPLETAR CORRECTAMENTE LA DECLARACIÓN JURADA

- El período debe coincidir con el facturado.
- Datos como NOMBRE Y APELLIDO inicialmente corresponden al del BENEFICIARIO.
- Marcar con (x) los datos y prestación brindada según la factura. (En caso de rehabilitación, se debe marcar con (x) el tipo de modulo, de lo contrario se rechazará la misma), escribir en caso de que corresponda.
- Uno de los dos cuadros de firmas debe estar completo en su totalidad, siendo los datos solicitados: fecha (posterior al periodo facturado), firma, aclaración y DNI. Sin excepción
- No se aceptarán enmiendas, tachaduras o corrector. Sin excepción.
- No se aceptarán declaraciones juradas recortadas o ilegibles.

DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES-PROFESIONALES)

Prestación brindada en el período de Aislamiento ó Distanciamiento Social
Preventivo y Obligatorio - ASPO/DISPO.

Mes _____ de 2021

En contexto de medida de "AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO", DECNU-2020-297-APN-PTE

NOMBRE Y APELLIDO:

NRO. DE DNI

¿QUE PRESTACION BRINDÓ DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO?

<input type="checkbox"/> HOGAR	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	<input type="checkbox"/> PEQUEÑO HOGAR	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON INTERNACIÓN	<input type="checkbox"/> HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR:
<input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA	<input type="checkbox"/> CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	<input type="checkbox"/> CENTRO DE APRESTAMIENTO LABORAL	<input type="checkbox"/> MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	<input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD ● INICIAL ● PRIMARIA ● FORMACIÓN LABORAL
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN - MODULO INTEGRAL INTENSIVO - MODULO INTEGRAL SIMPLE	<input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE APOYO	<input type="checkbox"/> CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA	<input type="checkbox"/> REHABILITACION HOSPITAL DE DIA	
<input type="checkbox"/> MAESTRO DE APOYO				

 PRESTACION NO BRINDADA
MOTIVO:**ESPECIFICAR MODALIDAD DE CONCURRENCIA** SIMPLE LUNES A VIERNES OTRA – ESPECIFICAR:
 DOBLE PERMANENTE**ESPECIFICAR LA MODALIDAD A TRAVÉS DE LA CUÁL BRINDÓ LA PRESTACIÓN EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO** MATERIAL MAIL VIDEOLLAMADA PRESENCIAL TELEFÓNICA OTRA
IMPRESO ESPECIFICAR**¿DESDE EL ESTABLECIMIENTO SE BRINDÓ EL SERVICIO DE ALIMENTACION A DOMICILIO?**

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO MOTIVO: _____
-----------------------------	---

**EN EL CASO EN QUE EL BENEFICIARIO RESIDA EN UN HOGAR/RESIDENCIA:
¿FUE RETIRADO POR SUS FAMILIARES O RESPONSABLES A CARGO DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO
PREVENTIVO SOCIAL Y OBLIGATORIO?**

NO

SI

¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE?

SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS MATERIAL DIDÁCTICO OTROS _____

NO

CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA

SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA	SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA
<p>FECHA: ____/____/____</p> <p>FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR ACLARACION: DNI:</p>	<p>FECHA: ____/____/____</p> <p>Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada. La misma se incorporará al legajo del beneficiario</p> <p>FIRMA DEL PRESTADOR: ACLARACION: DNI:</p>

DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR DE TRANSPORTEPrestación brindada en el período de Aislamiento ó Distanciamiento Social
Preventivo y Obligatorio - ASPO/DISPO.

Mes _____ de 2021

En el contexto de la medida de "AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO" (Dec Nº 297/20)

NOMBRE Y APELLIDO:

NRO. DE DNI

¿BRINDÓ LA PRESTACIÓN DE TRANSPORTE DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO?	<input type="checkbox"/> SÍ
	<input type="checkbox"/> NO MOTIVO: _____ _____
¿QUÉ TIPO DE ASISTENCIA BRINDÓ?	TRASLADO DE:
	<input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS: _____ _____

CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA

SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA	SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA
FECHA: ____/____/____	FECHA: ____/____/____ Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada. La presente se incorporará al legajo del beneficiario
FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR ACLARACION: DNI:	FIRMA DEL PRESTADOR: ACLARACION: DNI:

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
Instituciones

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: p resente, 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"/>															
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="text"/>															

.....
Firma Paciente o Responsable

.....
DNI

.....
Firma Profesional

.....
Aclaración

.....
Vínculo

.....
Matrícula, Sello y Aclaración

OSPACA

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

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:

Nº Factura:	[]	Importe: \$	[]
Nº Factura:	[]	Importe: \$	[]
Nº Factura:	[]	Importe: \$	[]
Nº Factura:	[]	Importe: \$	[]
Nº Factura:	[]	Importe: \$	[]

Por la prestación de [] brindada por []
al beneficiario [] Nº de CUIL []

Con cheque: [] Banco: [] Nº 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