

INSTRUCTIVO PARA FACTURACION DE PRESTADORES **Discapacidad - SUR e INTEGRACION año 2017**

OBJETIVO

El presente instructivo tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para realizar la facturación de las prestaciones **autorizadas** de discapacidad.

Para evitar inconvenientes en la liquidación y circuito de pago, se solicita el cumplimiento del presente sin excepción. Debido a que la Obra Social se encuentra obligada a cumplir con los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por AFIP y la normas exigidas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

LINEAMIENTOS GENERALES

I. Es requisito indispensable que las prestaciones facturadas se encuentren previamente autorizadas por la Obra social.

II. Todos los comprobantes deben contener los siguientes requerimientos:

- ❖ La facturación debe ser mensual a mes vencido sin excepción, una por cada beneficiario y cada periodo (mes/año). También deberá ser enviada a esta Obra Social en los lapsos de tiempo preestablecidos, a fin de evitar demoras en los pagos.
- ❖ Las facturas no podrán tener **tachaduras**, no se aceptaran errores en Nro. De CUIT y/o datos formales (nombre apellido y numero de beneficiario, datos de la Obra Social, periodo de cobertura, etc)
- ❖ Toda enmienda debe ser salvada con firma y sello del responsable legal.
- ❖ Se solicita respetar la correlatividad entre N° de factura, fecha de emisión y mes facturado.

III. La emisión y entrega del Recibo Oficial es **obligatoria** y debe contener los siguientes datos:

- ✓ Fecha de recibo.
- ✓ Emitidos a nombre de OSPIM
- ✓ Domicilio: Rojas 254 (1405) CABA.
- ✓ CUIT 30-50289264-5
- ✓ IVA Exento.
- ✓ Detalle de Nro. de Factura que cancela e importe en forma individual. En el caso de recibo global, el mismo debe contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe.
- ✓ Detalle de debitos y/o retenciones impositivas.
- ✓ Importe recibido.
- ✓ Nro. De cheque o forma de cancelación.
- ✓ Banco Emisor.
- ✓ Firma y sello del prestador

En caso de no contarse con ese formato (Recibos C y Facturas C) será suficiente sellar y firmar la "orden de Pago" emitida por nosotros (parte inferior de la misma).

El no cumplimiento ocasionara demoras en pagos posteriores hasta tanto no se complete este requisito.

Importante: para todas las prestaciones, la autorización previa de OSPIM sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.

El presupuesto autorizado no implica un valor fijo mensual a facturar, sino un compromiso como contraprestación, que deberá estar respaldada por la documentación correspondiente.

Ante todo cambio de arancel por resolución ministerial, se deberá presentar el nuevo presupuesto, de lo contrario no se dará curso al pago correspondiente.

1) FORMAS DE PRESENTACION

A continuación se recuerda la documentación requerida para adjuntar a la facturación:

- a.- Numero de **CBU**, a fin de efectuar los pagos por transferencias bancarias.
- b- Fotocopia del recibo de sueldo del titular.
- c.- Constancia de Asistencia y/o Planilla de Asistencia
Ver Anexos I-II-III según corresponda.

Será requisito indispensable enviar un INFORME EVOLUTIVO específico del Beneficiario, elaborado por la Institución y/ o Profesional cada 6 meses.

2) CONFECCION DE LAS FACTURAS

- Factura Electrónica. A partir del 31/03/2016 todos los prestadores (sea cual fuere su condición frente al IVA y ganancias) deberán emitir sus facturas con la modalidad citada sin excepción (Resolución General AFIP 3749/15). No se dará curso a ningún comprobante que no respete lo mencionado.
- Estar confeccionada a nombre de OSPIM (Obra Social Personal Industria Maderera)
- Domicilio: Rojas 254 (C1405AAB) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- CUIT: 30-50289264-5
- Condición IVA: EXENTO
- Sólo se aceptará Facturas “B” o “C” y Recibo “C”.
- La documentación deberá ser acompañada por la impresión de la consulta “Constancia de Inscripción” en www.afip.gov.ar emitida el día de confección del comprobante a los efectos de su verificación.

PRESTADORES INSCRIPTOS EN IVA

Original de factura “TIPO B” con CAI/ CAE vigente, que debe contener:

- La Fecha de emisión debe ser Posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario de facturas (con factura electrónica esto no es aplicable).
- Estar Extendido a nombre de : OSPIM
Domicilio: Rojas 254 (1405) CABA
CUIT: 30-50289264-5
Condición de IVA: exento.

Descripción o cuerpo de la factura

- Nombre, DNI, N° afiliado de Beneficiario, Obra Social.
- Periodo facturado (mes y año calendario).
- Prestación brindada (Modalidad, Jornada, etc.).
- Categoría de la Institución.
- Indicar si es beneficiario con Dependencia.
- Importe.
- Firma y sello del responsable.
- **En caso de transporte, además debe detallar:**
 - Punto de partida y destino
 - Indicar si es beneficiario con dependencia
 - 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 mensual de la prestación brindada

NOTA:

No se reconocerán los Km. autorizados que no hayan sido realizados (esto incluye el período de receso escolar de las instituciones educativas, falta de concurrencia del paciente etc.)

- Se deberá adjuntar la planilla de asistencia mensual original que avale la prestación brindada al beneficiario con los siguientes datos:
 - a. Datos del prestador
 - b. Nombre y Apellido completo del Beneficiario, DNI, Obra social, N° afiliado.
 - c. Mes y año correspondiente a la Prestación.
 - d. Detalle de los días que se realizó la prestación/ traslado (en caso de transporte) indicando la fecha y horario de realización. Cada prestación deberá estar avalada firmada por un familiar o representante legal del paciente con firma, aclaración, vínculo y DNI y firmada por el prestador/ transportista.

El pago **indefectiblemente** se realizara contra prestación del Recibo **TIPO X Original**, que contenga los datos especificados en los "Lineamientos Generales".

PRESTADORES MONOTRIBUTISTAS

Original de factura "TIPO C" con CAI/ CAE vigente, que debe contener:

- La Fecha de emisión debe ser Posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario de facturas (con factura electrónica esto no es aplicable).
- Estar Extendido a nombre de : OSPIM
Domicilio: Rojas 254 (1405) CABA
CUIT: 30-50289264-5
Condición de IVA: exento.

Descripción o cuerpo de la factura

- Nombre, DNI, N° afiliado de Beneficiario, Obra Social.
 - Periodo facturado (mes y año calendario).
 - Prestación brindada (Modalidad, Jornada, etc.).
 - Categoría de la Institución.
 - Indicar si es beneficiario con Dependencia.
 - Importe.
 - Firma y sello del responsable.
 - **En caso de transporte, además debe detallar:**
 - Punto de partida y destino
 - Indicar si es beneficiario con dependencia
 - 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 mensual de la prestación brindada.
- NOTA:**
No se reconocerán los Km. autorizados que no hayan sido realizados (esto incluye el período de receso escolar de las instituciones educativas, falta de concurrencia del paciente etc.)
- Se deberá adjuntar la planilla de asistencia mensual original que avale la prestación brindada al beneficiario con los siguientes datos:
 - a. Datos del prestador
 - b. Nombre y Apellido completo del Beneficiario, DNI, Obra social, N° afiliado.
 - c. Mes y año correspondiente a la Prestación.
 - d. Detalle de los días que se realizó la prestación/ traslado (en caso de transporte) indicando la fecha y horario de realización. Cada prestación deberá estar avalada firmada por un familiar o representante legal del paciente con firma, aclaración, vínculo y DNI y firmada por el prestador/ transportista.

El pago **indefectiblemente** se realizara contra prestación del Recibo **TIPO X Original o firmar y sellar la Orden de Pago emitida por esta Obra Social**, que contenga los datos especificados en los “Lineamientos Generales”.

PRESTADORES EXENTOS

Original de Recibo “TIPO C” con CAI vigente, que debe contener:

- La Fecha de emisión debe ser Posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario de facturas (con factura electrónica esto no es aplicable).
- Estar Extendido a nombre de : OSPIM
Domicilio: Rojas 254 (1405) CABA
CUIT: 30-50289264-5
Condición de IVA: exento.

Descripción o cuerpo de la factura

- Nombre, DNI, N° afiliado de Beneficiario, Obra Social.
- Periodo facturado (mes y año calendario).
- Prestación brindada (Modalidad, Jornada, etc.).
- Categoría de la Institución.
- Indicar si es beneficiario con Dependencia.
- Importe.
- Firma y sello del responsable.
- **En caso de transporte, además debe detallar:**
 - Punto de partida y destino
 - Indicar si es beneficiario con dependencia
 - 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 mensual de la prestación brindada.

NOTA:

No se reconocerán los Km. autorizados que no hayan sido realizados (esto incluye el período de receso escolar de las instituciones educativas, falta de concurrencia del paciente etc.)

- Se deberá adjuntar la planilla de asistencia mensual original que avale la prestación brindada al beneficiario con los siguientes datos:
 - a. Datos del prestador
 - b. Nombre y Apellido completo del Beneficiario, DNI, Obra social, N° afiliado.
 - c. Mes y año correspondiente a la Prestación.

- d. Detalle de los días que se realizó la prestación/ traslado (en caso de transporte) indicando la fecha y horario de realización. Cada prestación deberá estar avalada firmada por un familiar o representante legal del paciente con firma, aclaración, vínculo y DNI y firmada por el prestador/ transportista.

El pago **indefectiblemente** se realizara contra prestación del Recibo **TIPO X Original o firmar y sellar la Orden de Pago emitida por esta Obra Social**, que contenga los datos especificados en los “Lineamientos Generales”.

AJUSTES DE FACTURACIÓN – DEBITOS

Las FACTURAS que sean objeto de débito total y/ o parcial, no serán devueltas a la institución, profesional o prestador, sin excepción, y se consideraran contablemente canceladas con la copia del ajuste correspondiente, donde se indica el causal del debito.

En los casos en que el débito fuera total, la documentación respaldatoria será devuelta con la copia del ajuste correspondiente a efectos de posibilitar su REFACTURACIÓN. Esto implica una nueva presentación de la documentación completa o corregida, con UNA NUEVA FACTURA Y UNA NOTA DE CREDITO QUE ANULA LA FACTURA ANTERIOR.

El vencimiento de la obligación de pago se considerará a partir de LA RECEPCION DE LA REFACTURACION.