

Instructivo | Discapacidad

Documentación contable



Índice

1. [Objetivo](#)
2. [Procedimiento correspondiente al circuito de facturación de las prestaciones autorizadas](#)
3. [Constancia de asistencia](#)
4. [Matrícula](#)
5. [Constancia de asistencia-transporte](#)
6. [Importante](#)
7. [Modelo de Facturación "C"](#)
8. [Planilla de constancia de asistencia](#)
9. [Planilla de constancia de asistencia/transporte](#)
10. [Área de liquidaciones](#)

Instructivo para cobertura de prestaciones del sistema básico para personas con Discapacidad – Año 2021

- La recepción de la facturación se realiza SIN EXCEPCIÓN del 01 al 10 del mes siguiente al periodo facturado.
- La entrega de la facturación deberá ser de forma mensual y regular, y no se recepcionará facturación con una retroactividad superior a los dos (2) meses desde el inicio de la cobertura SIN EXCEPCIÓN (Res 276/18-SSS).
- La facturación digital deberá acompañar:
 - Autorización del mes prestacional facturado
 - Planilla de asistencia firmada por el/la prestador/a y la persona con Discapacidad o familiar responsable o tutor legal.
 - En el caso de transporte, además se deberá adjuntar la planilla de asistencia de la prestación principal.
- El presente instructivo queda sujeto a futuros cambios de normativas por parte de los Órganos competentes correspondientes.

1. OBJETIVO

El presente instructivo tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para realizar la facturación de las prestaciones **fehacientemente autorizadas** por solicitud de prestaciones del Sistema Básico de Discapacidad.

2. PROCEDIMIENTO CORRESPONDIENTE AL CIRCUITO DE FACTURACIÓN DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS

Lineamientos generales

- Únicamente será recepcionada la facturación correspondiente a prestaciones fehacientemente autorizadas por la Obra Social.
- El prestador se encuentra obligado a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP vigentes.
- Todas las autorizaciones serán remitidas al prestador.
- A los efectos de evitar inconvenientes en la liquidación y demoras en circuito de pagos, la facturación deberá ser enviada por correo electrónico (**únicamente**) a facturaciondiscapacidad@ospedyc.org.ar
- La facturación deberá ser regular y mensual indefectiblemente, toda vez que de acuerdo a Mecanismo de Integración a través del mismo no se pueden incluir más de dos meses prestacionales, por lo que **NO se podrá reconocer una presentación de facturación con retroactividad superior a dos (2) meses**.
- La facturación deberá enviarse entre los días 1º y 10º de cada mes vencido. No se aceptará la facturación de servicios por adelantado ni facturaciones parciales.
- No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales efectuados ante la falta de constancia de realización de cualquier tipo de tratamiento. (Por ejemplo: conformidad por 4 sesiones sobre 8 autorizadas).
- Al momento del pago por parte de OSPEDYC, el prestador deberá entregar un recibo por cada factura emitida a gancedo.j@ospedyc.org.ar

No se aceptarán en las facturas:

- Distintos beneficiarios.
- Prestaciones correspondientes a distintos periodos (mes/año).
- Que el N° de CUIT no coincida con el que figura en la autorización.
- Que difiera la condición ante el IVA entre el comprobante y la constancia de inscripción presentada y/o su verificación en www.afip.gob.ar

Documentación requerida para facturar

A continuación, se recuerda la documentación requerida actualmente para facturar las prestaciones autorizadas en concepto de prestaciones brindadas por discapacidad conforme a las disposiciones impositivas.

La factura debe enviarse **únicamente** en formato PDF, tal como la brinda AFIP.

Comprobante contable

- **Original** de factura “TIPO B” con CAE vigente.
- **Original** de factura “TIPO C” con CAE vigente.
- **Original** de recibo “TIPO C”.

El pago indefectiblemente se realizará contra presentación del recibo.

Las facturas y recibos deberán contener:

En el encabezado de la factura:

✓ **Fecha de emisión** (posterior al mes de prestación).

✓ **Estar extendidos a nombre de:** OSPEDYC.

Domicilio: Alberti 646 – CP (C1223AAD)– CABA.

✓ **Poseer indefectiblemente y correctamente N° CUIT OSPEDYC:**

CUIT: 30-68833954-1

Condición IVA: Exento.

En la descripción o cuerpo de la factura y/o recibo (“C”)

✓ **Nombre de beneficiario/a causante** (debe concordar con el indicado en la autorización).

✓ **Periodo facturado** (mes y año prestacional facturado / detalle periodo facturado). (Ej.: 01/10/2019-31/10/2019).

✓ **Prestación brindada** (según autorización).

✓ **Importe según resolución vigente.**

✓ En las **Instituciones** debe figurar CATEGORÍA y TIPO DE JORNADA.

✓ En caso de corresponder **DEPENDENCIA TERAPÉUTICA** debe estar detallada por separado.

✓ Cuando se trate de prestaciones de apoyo se debe detallar: valor por sesión – cantidad de sesiones – monto total.

En caso de transporte, además se debe detallar:

- Punto de partida y destino.
- Indicar si es beneficiario/a con dependencia SI/NO (en caso de corresponder dependencia, deberá desglosar del valor facturado, el valor del km. real del valor que corresponde al incremento por dependencia).
- Cantidad de km. recorridos por viaje.
- Cantidad de viajes realizados.
- Monto individual por viaje.
- Cantidad de km. mensuales.
- Monto mensual de la prestación brindada.

Recibo cancelatorio deberá contener:

- **Fecha de emisión** (posterior a la fecha de impresión del talonario).
- **Estar extendidos a nombre de: OSPEDYC.**

Domicilio: Alberti 646 – CP (C1223AAD)-Ciudad Autónoma de Bs. As.
CUIT: 30-68833954-1

En la descripción del recibo:

- N° de factura que cancela.
- Importe de la misma.
- Importe total.
- Detalle del mes y año.

En caso de que el recibo cancele más de una factura, deberá contener indefectiblemente el número de factura con su correspondiente importe.

IMPORTANTE: los recibos NO podrán cancelar facturas correspondientes a distintos años de prestación.

3. PLANILLA DE ASISTENCIA:

Las planillas conforman la documentación avalatoria de la liquidación que se presenta, por lo tanto se debe remitir **una constancia por comprobante** en original. Las mismas deberán contener:

En general:

- Nombre y apellido completo del beneficiario/a.
- Mes y año correspondiente de la prestación.
- Prestación y modalidad.
- Firma, aclaración, vínculo y DNI de un familiar o responsable del asistido/a, en original firma y sello del prestador.

PLANILLA DE ASISTENCIA PROFESIONALES – VALOR SESIÓN

- El profesional deberá presentar original del detalle de las sesiones mensuales brindadas, **indicando la fecha y horario de realización.**
- Cada sesión deberá estar avalada por un familiar o responsable del asistido/a con firma, aclaración, vínculo y DNI.
- Se procederá a la liquidación de las sesiones presentadas respetando el cronograma de asistencia autorizado.
- El detalle de cada terapia deberá estar avalado mediante firma y sello del profesional interviniente.

PLANILLA DE ASISTENCIA A INSTITUCIONES

La Institución deberá enviar la planilla de asistencia, dejando asentada **la cantidad total de horas mensuales y la carga horaria diaria.**

La autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada. La planilla deberá estar avalada mediante firma y sello del director y/o representante legal de la institución.

La atención deberá estar avalada por un familiar o responsable del asistido/a con firma, aclaración, DNI y vínculo.

4. MATRÍCULA

Si se tratara de una modalidad educativa (EGB, EDUCACIÓN INICIAL o FORMACIÓN LABORAL), y a los efectos de dar curso a la facturación en concepto de **matrícula**, la institución deberá presentar constancia de reserva de vacante o bien de matriculación del alumno/a para el ciclo lectivo por el cual se solicita la prestación.

Deberán enviar la constancia de alumno/a regular y la autorización expedida por OSPEDYC de la matrícula.

5. PLANILLA DE ASISTENCIA TRANSPORTE

Se debe presentar el detalle original indicando la institución o prestación para la cual se realiza el traslado. Cantidad de viajes realizados y días, suscripto por el representante de la empresa, y avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI de un familiar o responsable del asistido/a.

Nota 1: en caso de brindarse cobertura por la prestación de transporte para la concurrencia del beneficiario/a a algún establecimiento educativo deberá presentarse conjuntamente con la planilla de transporte (el mismo deberá indicar los presentes y ausentes del período facturado), constancia de alumno/a regular.

Nota 2: en caso de brindarse cobertura por la prestación de transporte para la concurrencia del beneficiario/a a tratamientos ambulatorios se deberá presentar planilla de asistencia a terapias, indicando días y horarios de asistencia, con firma y sello del profesional tratante.

OSPEDYC brinda cobertura de transporte especial a sus beneficiarios/as dentro del marco establecido por Resolución 428/99 MS – Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad-.

De acuerdo a lo establecido en el pto. 2.3.2. de la mencionada Res., dicha prestación “comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa”.

Por lo tanto:

- No se abonará el servicio de transporte especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario/a al destino indicado en la documentación respaldatoria de la autorización.
- La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, sino un compromiso como contraprestación por la realización de los viajes pautados, la autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada –no se abonarán los km. autorizados que no hayan sido efectivamente realizados–.

Ajustes de facturación – DÉBITOS

Las facturas que sean objeto de **débito**, no serán devueltas a la institución, profesional o prestador, sin excepción, y se considerarán contablemente canceladas con la copia del ajuste correspondiente, donde se indica el causal del débito.

6. IMPORTANTE

- La facturación debe ser mensual.
- En ningún caso se recepcionarán facturas tipo “A”.
- No se aceptarán facturas o recibos que contengan más de un beneficiario/a o más de un período facturado.
- La obra social realizará durante el transcurso del año auditorías a instituciones, profesionales y empresas de transporte.
- El tiempo reconocido por sesión de tratamiento en el módulo de rehabilitación ambulatoria es de 45-60 minutos.
- Se considerará 1 (una) sesión por cada día de asistencia. Es condición de la aceptación de la factura que la afiliación se encuentre activa y regular.
- OSPEDYC no liberará pagos a prestadores con incumplimientos en la presentación de recibo cancelatorio en tiempo y forma.

NO SE TOMARÁ BAJO NINGÚN CONCEPTO FACTURACIÓN EXTEMPORÁNEA, TAL LAS DISPOSICIONES EMANADAS SEGÚN RESOLUCIÓN 276/18-SSS, DECRETO 904/2016 PEN - SISTEMA DE INTEGRACIÓN-

A CONTINUACIÓN, SE ADJUNTAN MODELOS DE DOCUMENTACIÓN CONTABLE SEGÚN NORMATIVAS VIGENTES

7. MODELO DE FACTURACIÓN "C"

A continuación, se puede observar cómo debe estar diagramada una factura clase C. Tanto la descripción como el domicilio, la localidad y el CUIT deben estar correctamente confeccionados.

ORIGINAL

C **FACTURA**

Punto de Venta: 0003 Comp. Nro: 0000029
 Fecha de Emisión: 05/06/2018

Razón Social: _____
 Domicilio Comercial: _____
 CUIT: 3088339541 Inscripción: 01/01/1900
 Fecha de Inicio de Actividades: 01/01/1900
 Período Facturado Desde: _____ Hasta: _____ Fecha de Vto. para el pago: _____
 CUIT: 3088339541 Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ENTENDIDO
 Inscripción: 01/01/1900 Inscripción: 01/01/1900

Condición de venta: Cuenta Corriente Inscripción: 01/01/1900 Inscripción: 01/01/1900

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Desc.	Imp. Desc.	Subtotal
	4 unidades de policonductos, color gris según B470 según Res. N. 1800-2011	4,00	unidades	475,00	0,00	0,00	1900,00
							Subtotal: \$ 1900,00
							Importe Otros Tributos: \$ 0,00
							Importe Total: \$ 1900,00

	Subtotal: \$ 1900,00
	Importe Otros Tributos: \$ 0,00
	Importe Total: \$ 1900,00


 Comprador Autorizado Pág. 1/1 CAE N°: 00201101010000
 Fecha de Vto. de CAE: 16/06/2018



IMPORTANTE: cabe destacar que tanto la denominación, el domicilio, el CUIT, la condición fiscal y el detalle de las facturas canceladas con su respectivo importe, son campos obligatorios a ser completados por el prestador/transportista, cualquier omisión será causal de devolución para su correspondiente salvedad o enmienda.

DETALLE DE RECIBO

En el recibo deben constar: el nombre del prestador, N° de CUIT, N° de recibo y fecha de emisión. El mismo deberá estar confeccionado a nombre de OSPEDYC y debe contener el N° de CUIT de la obra social.

TRANSPORTE	"BUEN VIAJE"
CUIT N.º:	20-12345678-3
DETALLE DE RECIBO N.º:	0001-00001234
EMITIDO EL:	01/03/2017
A NOMBRE DE:	O.S.P.E.D.Y.C
CUIT N.º:	30-68833954-1

Además, debe estar detallada cada factura con su importe.

TIPO	N.º DOCUMENTO	IMPORTE
FACTURA C	0001-00000001	\$1.500,00
FACTURA C	0001-00000003	\$1.890,00
FACTURA C	0001-00000005	\$500,00
FACTURA C	0001-00000007	\$4.561,00
FACTURA C	0001-00000009	\$5.487,00
FACTURA C	0001-00000021	\$270,00
FACTURA C	0001-00000023	\$890,00
FACTURA C	0001-00000025	\$460,00
FACTURA C	0001-00000027	\$535,00
	TOTAL:	\$16.093

9. PLANILLA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA/ TRANSPORTE

Beneficiario/a:

Mes y año:

Prestacional:

Prestación a la que asiste:

N.º	Fecha	Firma y aclaración padre/madre	N.º	Fecha	Firma y aclaración padre/madre
1			14		
2			15		
3			16		
4			17		
5			18		
6			19		
7			20		
8			21		
9			22		
10			23		
11			24		
12			25		
13			25		

.....
Firma y sello del prestador/transportista

10. CONTACTOS

Call Center: 0800-345-6773

E-mail para envío de facturas (únicamente): facturaciondiscapacidad@ospedyc.org.ar

E-mail para consultas (únicamente): integracion@ospedyc.org.ar

WEB : www.ospedyc.org.ar / Acceso Prestadores / Ventanilla Electrónica.

TODOS LOS PRESTADORES deberán realizar el alta en la ventanilla electrónica a los efectos de gestionar el seguimiento de sus facturas.

Enviar la solicitud o consultas del procedimiento a ventanillaelectronica@ospedyc.org.ar