

# **GUIA DE FACTURACIÓN PARA PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD**

**2024**

## IMPORTANTE

- ✓ La factura se adjuntará **del 1 al 10** de cada mes por correo electrónico. En caso que el prestador postergué la presentación, se demorará la liquidación de la misma.
- ✓ Las facturas deberán ser enviadas **a mes vencido, en formato PDF original, con QR legible según exige Res. 4892/20 de la AFIP**. Sugerimos NO editar ni enviar fotos que pudieran comprometer la información contenida en la misma.
- ✓ NO se aceptarán facturas FUERA DEL PERIODO DE VIGENCIA según resolución o que no cuenten con autorización previa de Ospilm.
- ✓ La confirmación de recepción **no implica** la aprobación de la factura. En caso de inconsistencias se reportarán las mismas para su corrección.
- ✓ Es responsabilidad del prestador entregar la documentación en condiciones de ser liquidada.

## DATOS DEL RECEPTOR

Se recomienda consultar afiliación del beneficiario antes de facturar.

El periodo facturado deberá coincidir con el mes en que se otorgó la prestación.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LADRILLERA A MAQUINA (OSPILM)

- CUIT: 30609568131
- Domicilio: 25 de Mayo 1724 – San Martin, Buenos Aires
- **Condición IVA: EXENTO**
- **Condición de venta: Cuenta Corriente**

## DETALLE DE FACTURA

1. **DATOS DEL BENEFICIARIO.** Apellido, Nombre y DNI. No se tomará en cuenta el n° de afiliado.
2. **DATOS DE LA PRESTACIÓN.** [Según nomenclador de prestaciones básicas.](#)
  - a) Centro de día, CET, Escolaridad, Formación laboral. Indicar jornada (simple/doble) y categoría (A, B o C).
  - b) Hogar y Residencias. Indicar estadía (permanente o de lunes a viernes) y categoría (A, B o C).
  - c) Prestaciones de apoyo, estimulación y/o rehabilitación. Indicar cantidad de sesiones, tipo de terapia (Fonoaudiología, Kinesiología, Psicología, etc) y valor unitario por sesión. En el caso de brindar la prestación modulada (Módulo Simple o Intensivo) especificar cantidad de sesiones por c/ terapia brindada.
  - d) Integración escolar. Especificar si se trata de un Módulo Maestra de apoyo o Integración escolar en equipo.
  - e) Transporte. Indicar destino (terapia, escuela, etc.) domicilio de partida y llegada, cantidad de viajes por día y mes, cantidad de km recorridos por viaje y por mes, valor de Km según resolución vigente. La cantidad de viajes deberá coincidir con la planilla de asistencia de la prestación principal.

En caso de facturar traslados de tramo corto (recorridos menores a 12 kilómetros diarios ida y vuelta), deberá calcular el importe total de factura tomando una base de 12 km por día.
  - f) Alimentación. Detallar la cantidad de días. Dicha cantidad, deberá coincidir con la plasmada en la planilla de asistencia de la prestación principal.
3. **PERIODO DE PRESTACIÓN.** Mes/año en el cual fue otorgada la práctica.
4. **VALOR UNITARIO.** Solo en el caso que corresponda (por sesión, hora, día, km, etc.).
5. **DEPENDENCIA.** Si corresponde, debe estar aclarado en el detalle.
6. **IMPORTE TOTAL.**

## MODELO DE FACTURA

**ORIGINAL**

**C**  
COD. 011

**FACTURA**

Punto de Venta: 0000      Comp. Nro: 00000000

Fecha de Emisión: 02/07/2023

CUIT:      Ingresos Brutos:

Fecha de Inicio de Actividades:

Razón Social:

Domicilio Comercial:

Condición frente al IVA:

Período Facturado Desde: 01/06/2023      Hasta: 30/06/2023      Fecha de vto. para el pago: 02/07/2023

CUIT: 30609568131      Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LADRILLERA A MAQUINA

Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento      Domicilio: 25 De Mayo 1724 - San Martín - Buenos Aires

Condición de venta: Cuenta Corriente

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
	Afiliado: Pérez, Juan DNI: 11.111.111 Período: Junio 2023 Prestación psicología 9 sesiones	9,00	unidades	3856,98	0,00	0,00	34712,82

Subtotal: \$      34712,82

Importe Otros Tributos: \$      0,00

Importe Total: \$      34712,82

**1** Verificar validez o inconsistencias de su CUIT en sitio web de AFIP.

**2** El **periodo facturado** debe coincidir con el periodo de prestación.

**3** La condición frente a IVA de OSPILM/OSEMM es **Exento**.

**4** Indicar **Apellido, Nombre y DNI del afiliado** (NO se tendrá en cuenta nro. de afiliado).

**5** Detallar **cantidad de sesiones y terapia** brindada. Si la prestación es modulada, detallar cantidad de sesiones por cada terapia incluida.

**6** Indicar **valor unitario y valor total** de los conceptos facturados.

**7** Verificar que el código QR sea **legible** e incluya los **datos correctos** (CUIT de prestador, tipo de factura, fecha, pto. de venta, factura, CAE, Importe total).

Pág. 1/1      CAE N°: 00000000000000      Fecha de Vto. de CAE: 12/07/2023

Comprobante Autorizado

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación

## PLANILLA DE ASISTENCIA

- ✓ La planilla de asistencia/traslado correspondiente al periodo facturado deberá ser enviada en el mismo correo que la factura, en archivos separados. Esto es condición excluyente para el pago de la factura.
- ✓ La PA deberá contener los datos del prestador (razón social, domicilio, mail, teléfono), datos del beneficiario (Apellido y Nombre, DNI), prestación brindada, prestación de destino (en caso de traslado), periodo facturado y esquema de días/horarios de concurrencia del beneficiario ([ver modelos adjuntos debajo](#)).
- ✓ Cada sesión brindada debe estar firmada por ambas partes de forma ológrafa.
- ✓ Al final de la planilla, deberá constar: firma y sello del profesional y firma, aclaración, DNI y vínculo del tutor/responsable del afiliado.
- ✓ NO se aceptarán documentos ilegibles, con tachaduras o enmiendas.

## ENVIO DE DOCUMENTACIÓN

- ✓ La factura y su respectiva planilla de asistencia deberán ser enviadas del 1 al 10 del mes a: [fcintegracion@ospilm.org.ar](mailto:fcintegracion@ospilm.org.ar).
- ✓ El asunto del mail deberá cumplir con alguno de los siguientes formatos:

1. El prestador envía una sola factura.

**“FACTURACIÓN MES/AÑO - APELLIDO Y NOMBRE AFILIADO - PRÁCTICA”**

FACTURACIÓN ENERO 2024 - PEREZ JUAN – FONOAUDIOLOGÍA

2. El prestador envía más de una factura para el mismo afiliado.

**“FACTURACIÓN MES – MES/AÑO - APELLIDO Y NOMBRE AFILIADO - PRÁCTICA”**

FACTURACIÓN ENERO FEBRERO 2024 – PEREZ JUAN - FONOAUDIOLOGÍA

FACTURACIÓN ENERO A MARZO 2024 - PEREZ JUAN – FONOAUDIOLOGÍA

3. El prestador envía más de una factura para más de un afiliado.

**“FACTURACIÓN MES – MES/AÑO – RAZON SOCIAL PRESTADOR”**

FACTURACIÓN ENERO FEBRERO 2024 – TRANSPORTE CAMINITO

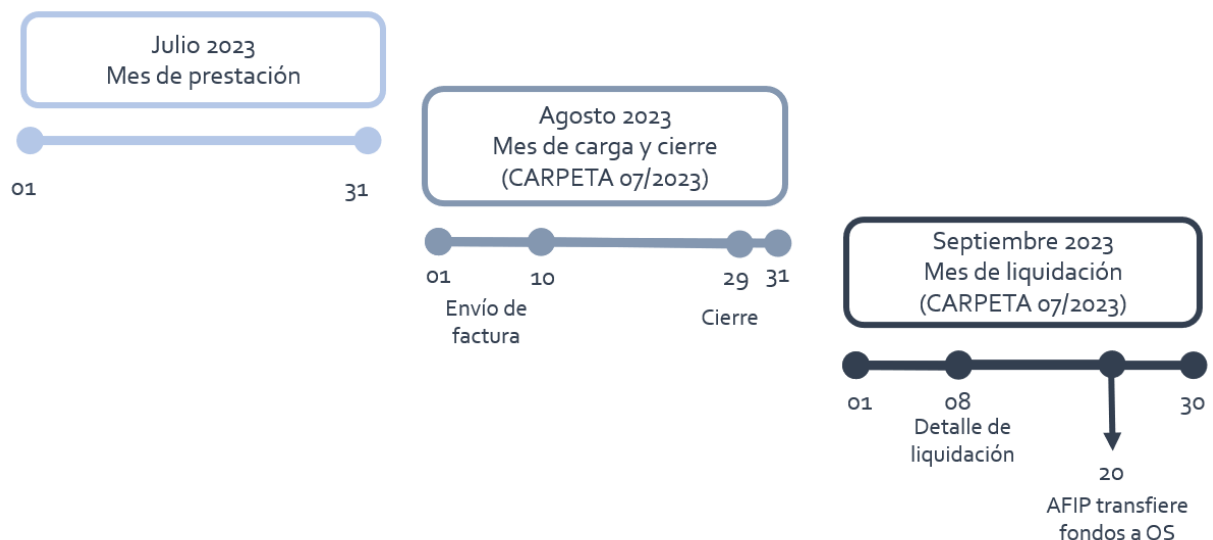
## NOTIFICACIÓN DE INCONSISTENCIAS

- ✓ En caso que al auditar la factura, esta presente alguna inconsistencia (Ej.: la PA no coincide con la cantidad facturada, el detalle de prestación no indica las sesiones, el valor no cumple con nomenclador, etc) **se notificará por correo electrónico**.
- ✓ La corrección de la misma *deberá realizarse dentro de los 10 días hábiles* posteriores a la notificación y deberá ser enviada por correo bajo los mismos términos que la factura original.

## LIQUIDACIONES Y PAGOS

- Una vez recibida la factura, esta se audita y, en caso de cumplir todos los requisitos, se registra en la carpeta habilitada por la SSS. Las carpetas llevan el nombre del mes de prestación y se cargan mes vencido (por ejemplo: la carpeta julio se gestiona en agosto). Para ver el cronograma de cada carpeta ingrese [aquí](#).

- Al cerrar la carpeta, si los datos de factura registrados fueron aceptados, la SSS informará a la Obra Social y a la AFIP el detalle de liquidación entre el día 1 y el día 8 del mes siguiente (siguiendo el ejemplo, septiembre). A partir de ese momento, podrá ver los datos publicados de la factura registrada [aquí](#).
- AFIP transferirá los fondos a las OS luego del día 20. A partir de allí la Obra Social podrá depositar el pago de la factura al prestador.
- Esto significa que, si la factura fue entregada en tiempo y forma, auditada, presentada y aceptada dentro del periodo estipulado, el pago se efectivizará entre 60 a 70 días luego de la emisión de factura. A continuación, se adjunta un diagrama, tomando como ejemplo el mes de Julio de 2023.



## RECLAMOS

A continuación, brindamos orientación sobre como canalizar su reclamo en caso de que su factura no haya sido presentada, figure falta de pago luego del tiempo estipulado según cronograma (Ver LIQUIDACIONES Y PAGOS) o bien requiera solicitar la composición de los pagos (transferencias) realizadas por la Obra Social.

1. **Envío su factura en tiempo y forma, pero al consultar en la web dentro del plazo estipulado (1 al 8 del mes posterior) no figura presentada.**  
EJEMPLO: ENVIA FACTURA DE JULIO EL DÍA 02/08. LA CARPETA CERRÓ EL 29/08. AL CHEQUEAR EL DÍA 10/09 AUN NO FIGURA PRESENTADA EN LA WEB.

#### El comprobante no fue presentado

##### 1.a - La OS no lo presentó.

El Sistema habilita una carpeta identificada por año/mes, que se corresponde con el período de cobertura hasta el que se podrá informar la facturación recibida. Asimismo, en el archivo que se incorpore en dicha carpeta, la Obra Social podrá incluir facturación de período de cobertura de hasta 2 meses anteriores.

La OS no está obligada a solicitar apoyo financiero a través del Mecanismo Integración.

##### 1.b - El comprobante se ha rechazado durante el proceso de validaciones.

### 1. Antes de enviar el mail con el reclamo verifique:

- Que la casilla de mail a la que envió la factura sea la informada en el instructivo,
- Si tiene correo pendiente de lectura o en spam solicitando refacturación por alguna inconsistencia en su factura.

Una vez chequeado el punto anterior, podrá enviar el reclamo a [fcintegracion@ospilm.org.ar](mailto:fcintegracion@ospilm.org.ar). El asunto del mail deberá cumplir con el siguiente formato:

#### **“RECLAMO FACTURA IMPAGA – RAZON SOCIAL PRESTADOR”**

En caso de tener más de una factura impaga solicitamos enviar todas juntas dentro del mismo mail. Los datos que deberá adjuntar en el cuerpo del mail son:

- a) Periodo de prestación (mes año),
- b) Tipo de comprobante, (fact B, C, etc),
- c) Punto de venta,
- d) Nro de comprobante,
- e) Nombre y apellido del afiliado.

NO se responderán mails que no cuenten con la información solicitada.

### 2. Su factura figura informada en sitio de AFIP. No obstante, **transcurridos 20 días desde la fecha ideal de pago (día 20 del mes), no identifica transferencia en su cuenta bancaria.**

EJEMPLO: ENVIA FACTURA DE JULIO EL DÍA 02/08. LA CARPETA CERRO EL 29/08. AL CHEQUEAR EN LA WEB, LA FACTURA FIGURA PRESENTADA, PERO LLEGANDO AL DÍA 10/10 NO DETECTA EL PAGO EN SU CUENTA BANCARIA.

Datos del comprobante	
CUIT	[REDACTED]
TIPO COMPROBANTE	FACTURAS C
PUNTO DE VENTA	3
NRO COMPROBANTE	773
PRESENTADO POR	110404-OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LADRILLERA A MAQUINA
ENVIADO A LA AFIP	30-08-2023

La SSSalud informa a la AFIP el importe liquidado a cada Obra Social. La AFIP acredita la suma correspondiente en la cuenta bancaria de la OS, para que ésta efectúe los pagos.

La OS dispondrá de 60 días, a partir de la finalización del mes de percepción del importe liquidado, para la presentación del informe detallado de aplicación de fondos ante la SSSalud.

2. En ese caso deberá contactarse vía mail con la Obra Social correspondiente bajo el asunto:

**“RECLAMO FACTURA IMPAGA – RAZON SOCIAL PRESTADOR”**

En caso de tener más de una factura impaga solicitamos enviar todas juntas dentro del mismo mail. Los datos que deberá adjuntar en el cuerpo del mail son:

- a) Periodo de prestación (mes año),
- b) Tipo de comprobante, (fact B, C, etc),
- c) Punto de venta,
- d) Nro de comprobante,
- e) Nombre y apellido del afiliado.

3. **Sus facturas figuran abonadas por un total y requiere el detalle de pago realizado, dado que no coincide el total transferido con lo presentado.**

3. En ese caso deberá contactarse vía mail con la Obra Social correspondiente bajo el asunto:

**“RECLAMO COMPOSICIÓN DE PAGO – RAZON SOCIAL PRESTADOR”**

Indicando la fecha de la transferencia por la que quiere consultar y el importe total.

correo electrónico OSPILM: [administracion@ospilm.org.ar](mailto:administracion@ospilm.org.ar)



# PLANILLAS DE ASISTENCIA

PLANILLA DE ASISTENCIA  
PRESTACIONES POR HORA/SESIONES

PRESTADOR: \_\_\_\_\_

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_

PERÍODO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

	FECHA	HORARIO	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA CONFORMIDAD Responsable/Tutor
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

**PLANILLA DE ASISTENCIA**  
**PRESTACIONES INSTITUCIONES**  
**MOD. APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR/ MOD. MAESTRA DE APOYO**

PRESTADOR: \_\_\_\_\_

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_

PERÍODO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

- \* Se marcará con una P (Presente) las asistencias.
- \* Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias.
- \* S (Sábados) / D (Domingos) / F (Feriado) / J (Jornada)

Y toda aclaración que considere pertinente .....

.....

.....

.....

Prestador	Paciente o responsable
Firma del responsable de la institución	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
Sello de la institución	Vínculo

## PLANILLA DE ASISTENCIA TRANSPORTE

PRESTADOR: \_\_\_\_\_  
 RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 MAIL : \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_  
 PERÍODO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Ida:** \_\_\_\_\_

Desde.....  
 Hasta.....  
 Km por viaje..... Cantidad de **viajes** mensuales .....

**Vuelta:** \_\_\_\_\_

Desde.....  
 Hasta.....  
 Km por viaje ..... Cantidad de **viajes** mensuales .....

Total Km por día: ..... Cantidad de días/mes: .....

Total traslados mensuales.....
--------------------------------

Total KM mensuales,.....
--------------------------

Prestador	Paciente o responsable
Firma	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
	Vínculo