



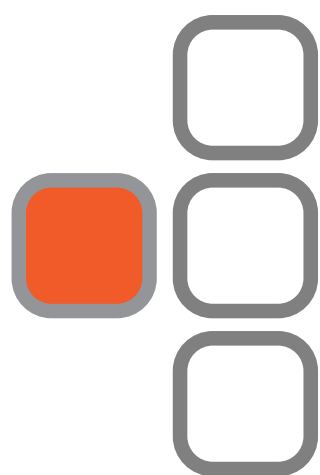
OSPILM

Obra Social del Personal de la Industria Ladrillera a Máquina
RNOS 1-1040-4

0800-345-1100
www.ospilm.org.ar

Manual para un correcto procedimiento de facturación

instructivo de facturación



OSPILM

2023

para prestadores

de beneficiarios
con discapacidad





ÍNDICE

- :: REQUERIMIENTOS EN FACTURAS
- :: FACTURACIÓN TRANSPORTE
- :: PROCEDIMIENTOS PRESENTACIÓN DE FACTURAS

3

- :: RECHAZO DE FACTURAS
FACTURA DISCAPACIDAD RECHAZADA. REEMPLAZO DE UNA FACTURA PERÍODO MÁXIMO PARA REEMPLAZAR UNA FACTURA RECHAZADA
COMUNICACIÓN DE FACTURAS RECHAZADAS
- :: DATOS INDISPENSABLES

4

- :: LAS FACTURAS DEBERÁN CONTENER:
- :: FACTURAS EN CASO DE TRANSPORTE:

5

- :: PLANILLA DE ASISTENCIA - PRESENCIAL

6

- :: PLANILLA DE ASISTENCIA PRESTACIONES POR HORA/SESIONES

7

- :: PLANILLA DE ASISTENCIA PRESTACIONES INSTITUCIONES

8

- :: PLANILLA DE ASISTENCIA TRANSPORTE

9



:: REQUERIMIENTOS EN FACTURAS

Sólo se aceptan facturas digitales.

No corresponde discriminar IVA, tampoco Ingresos Brutos.

Sólo se autorizan las facturas presentadas con la correspondiente **Planilla de Asistencia Pre-sencial**. SIN EXCEPCION (ver modelos adjuntos).

OSPILM 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 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.

:: FACTURACIÓN TRANSPORTE

En caso que el prestador facture traslados a dos prestaciones del mismo afiliado (Ejemplo: ESCOLARIDAD, REHABILITACIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL), indicar la prestación de destino, tal como figura en la nota de autorización. Ejemplo: si tiene traslados autorizados a TERAPIA OCUPACIONAL, ESCOLARIDAD, REHABILITACIÓN, en factura especificar dicha prestación.

Para el Caso de TRANSPORTE deberá tener en Cuenta que se solicita además de lo mencionado anteriormente:

- Prestación de Destino (Por ejemplo: ESCUELA, CET, REHABILITACION, PSICOLOGÍA, MUSICOTERAPIA, etc.)
- Partida Desde y Hasta, que coincida con lo facturado

:: PROCEDIMIENTOS

PRESENTACIÓN DE FACTURAS

La carga de facturas está habilitada ÚNICAMENTE del 1 al 10 de cada mes, pudiendo presentar SÓLO las del mes vencido o las correspondientes a 3 meses anteriores.

Ejemplo: 1 al 10 de Mayo, SÓLO se debe enviar facturas de Ene - Feb - Marzo y Abril. SIN EXCEPCIÓN.

Los Proveedores deberán adjuntar a la Factura, únicamente el Modelo de Planilla de Asistencia Mensual, que encontrarán adjuntas al final de este Instructivo. Dicha Planilla deberá ser presentada con toda la información completa.



:: RECHAZO DE FACTURAS

COMUNICACIÓN DE FACTURAS RECHAZADAS

- La notificación de que su factura ha sido rechazada se realiza por correo electrónico.

FACTURA DISCAPACIDAD RECHAZADA. REEMPLAZO DE UNA FACTURA

- Si su factura fue RECHAZADA y ud. debe enviar una nueva factura o cualquier otra documentación para solucionar el rechazo debe hacerlo a través de los mails de referencia.

PERÍODO MÁXIMO PARA REEMPLAZAR UNA FACTURA RECHAZADA

- La presentación y/o corrección de facturas rechazadas se debe realizar dentro de los 30 días posteriores al periodo presentado.
Ejemplo: Se rechazó mi factura del período abril, tengo hasta el 01 al 10 de junio para presentar el comprobante corregido.
- Es decir: Una vez cargada la factura mensual, ésta será auditada. En caso de ser rechazada, tendrá 30 días para su corrección, luego de este período quedará fuera de termino. Estos 30 días se calculan desde el mes de prestación, del período facturado.

:: DATOS INDISPENSABLES

LAS FACTURAS DEBERÁN ESTAR EXTENDIDAS A NOMBRES DE:
O.S.P.I.L.M.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LADRILLERA A MAQUINA

Domicilio: 25 De Mayo 1724 - San Martin, Buenos Aires.

CUIT: 30-60956813-1.

Condición IVA: Exento.

Mail para envío de Facturación: **fcintegracion@ospilm.org.ar**



:: LAS FACTURAS DEBERÁN CONTENER:

- Fecha de emisión (posterior al mes de prestación).
- Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario. (NO se toma en cuenta el N° de Afiliado). 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 según Nomenclador Vigente de SSSalud). Importe total.
- Indicar DEPENDENCIA si la hubiera.
- La factura debe enviarse como archivo en formato .PDF únicamente. En el caso de las facturas NO es necesario que las mismas se presenten con firma y sello. Sugerimos enviar directamente el archivo que se descarga de AFIP.
- 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 (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 Nomenclador Vigente de SSSalud.
- Nombre y Apellido completos y DNI del Beneficiario.
- Prestación destino (a donde lo transportan: CET, Escuela, Kinesiología, Rehabilitación, etc.)



:: PLANILLA DE ASISTENCIA - PRESENCIAL

A continuación, le brindamos información importante para completar correctamente las Planillas de Asistencia Presencial. A partir de esta publicación posee la posibilidad de completar los archivos PDF desde su PC.

- Indicar Datos Completos del Profesional, Razón Social, Domicilio, Mail, Teléfono.
- Datos Completos del Beneficiario: Nombre, Apellido y DNI.
- Prestación que coincida con lo autorizado/ facturado.
- Período Facturado (Mes y Año).
- Completar Esquema de Días/ Horarios del Mes de Concurrencia del Beneficiario.
- Las Firmas del Profesional y también las firmas del Responsable del Beneficiario deben ser de Puño y Letra. Sin Excepción.
Recuerde por favor que las mismas deben ser LEGIBLES. NO ES VÁLIDO QUE LA FIRMA SEA UNA FOTO.
- Cada Sesión Brindada Debe Estar Firmada por Ambas Partes.
- Al final de Cada Planilla debe haber: Firma, Sello Legible, Aclaración y Matrícula del Profesional.
- Firma, Aclaración, DNI y Vínculo del Responsable del Beneficiario
- Recuerde que las mismas deben ser de Puño y Letra. • NO Se Aceptarán Planillas Recortadas o Ilegibles.
- NO se Aceptarán Enmiendas, Tachaduras o Corrector. SIN EXCEPCIÓN.

Para el Caso de TRANSPORTE deberá tener en Cuenta que se solicita además de lo mencionado anteriormente:

- Prestación de Destino
(Por ejemplo: ESCUELA, CET, REHABILITACION, PSICOLOGÍA, MUSICOTERAPIA, etc.)
- Partida Desde y Hasta, que coincida con lo facturado.



PLANILLA DE ASISTENCIA PRESTACIONES POR HORA/SESIONES

PRESTADOR:

RAZÓN SOCIAL:

MAIL : TELÉFONO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

DNI: PRESTACIÓN:

PERÍODO: / /

	Fecha	Horario	Firma	Conformidad del Paciente o Responsable
1	... / ... / : ...		
2	... / ... / : ...		
3	... / ... / : ...		
4	... / ... / : ...		
5	... / ... / : ...		
6	... / ... / : ...		
7	... / ... / : ...		
8	... / ... / : ...		
9	... / ... / : ...		
10	... / ... / : ...		
11	... / ... / : ...		
12	... / ... / : ...		
13	... / ... / : ...		
14	... / ... / : ...		
15	... / ... / : ...		
16	... / ... / : ...		
17	... / ... / : ...		
18	... / ... / : ...		
19	... / ... / : ...		
20	... / ... / : ...		

instructivo de facturación para prestadores de beneficiarios con discapacidad



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 (Domingo) / F (Feriado) / J (Jornada).

Y toda aclaración que considere pertinente

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

instructivo de facturación para prestadores de beneficiarios con discapacidad



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 de Km por día: Cantidad de días/mes:

Total Km mensuales:

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