

GUÍA DE FACTURACIÓN PARA PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD Y CONSUMO PROBLEMÁTICO 2020

MATERIAL PARA AFILIADOS Y PRESTADORES

Atención al Afiliado / Prestador

OSMATA Central: 4340-7412 de Lunes a Viernes de 9 a 17 hs.
Av. Belgrano 665 6to. piso contrafrente, CABA

Sanatorio San Cayetano: 4630-6500
Av. Directorio 4743, CABA

Módulos asistenciales:

<https://osmata.com.ar/>

Seccionales / Delegaciones:

<http://www.smata.com.ar/secretarias/Interior/Seccionales-Interior-SMATA.php>

**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**



ATENCIÓN PERSONALIZADA

Roque Saenz Peña 530
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina

Horario de atención:

Lunes a viernes de 10.00 a 16.00

ATENCIÓN TELEFÓNICA

0800 222 SALUD (72583)

LINEAMIENTOS GENERALES

- Las facturas se reciben únicamente del 1 al 10 de cada mes, en días hábiles, en el horario de 9 a 14hs. en OSMATA central, ubicado en Av. Belgrano 665 6to. piso contrafrente, CABA.
- Para iniciar o renovar cualquier tratamiento, todos los prestadores deberán aguardar la autorización del presupuesto emitido y sellado por OSMATA central. Solicitar el presupuesto sellado por el área correspondiente antes del comienzo del tratamiento. El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta de exclusiva responsabilidad del prestador.
- En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del Área de Discapacidad
- Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSMATA se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente. La Obra Social se adecúa a los lineamientos expedidos por la Superintendencia de Servicios de Salud, mediante el Mecanismo de Integración. Para mayor información o novedades al respecto, ingresar al siguiente link:
https://www.sssalud.gov.ar/padron/discapacidad/instructivo_discapacidad.pdf
- En caso que hiciera falta prorrogar la autorización a causa de renovación de certificado de discapacidad, registro nacional de prestadores, habilitación de transporte, categorización de Superintendencia de Servicios de Salud, etc., solicitar re-autorización junto con la documentación requerida y previo al envío de facturación del mes correspondiente.
- **La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente de prestaciones básicas de discapacidad.** Toda modificación en los valores del nomenclador de aranceles vigente se realizará en forma automática, sin necesidad de iniciar nuevo trámite.
- Sólo se recibirá facturación correspondiente al mes de cobertura de hasta 1(un) mes anterior a la prestación brindada.
- En caso de solicitar acuse de recibo de la facturación entregada, acudir con copia de la misma para ser sellada por la Mesa de Entrada de Facturación.
- Una vez que la factura sea auditada e ingresada al Mecanismo de Integración, las condiciones de pago de la misma dependen de dicho mecanismo.
- No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello, o que no se presente en forma completa.

De lo contrario, será devuelta al Módulo Asistencial, Delegación y/o Seccional de la Obra Social más cercano al domicilio del/la afiliado/a.

- De corresponder la devolución de una factura, la misma será devuelta al Módulo Asistencial, Delegación y/o Seccional de la Obra Social más cercano al domicilio fiscal del prestador mediante nota donde conste el motivo de la devolución.
- La facturación podrá ser entregada en OSMATA central, Módulos Asistenciales, Delegaciones y/o Seccionales de la Obra Social.
- Para el Interior del país, comunicarse con la Seccional/Delegación correspondiente para realizar las consultas y/o reclamos en relación a las autorizaciones de los tratamientos o facturación de los mismos.

CONFECCIÓN DE LA FACTURACIÓN

1. Las facturas deben ser "A", "C" o "M".
2. Facturar a nombre de: OSMATA, sito en Av. Belgrano 665 CABA
3. CUIT: 30-59041263-1. / Condición de IVA: Responsable inscripto
4. La fecha de Factura debe ser a mes vencido.
5. Incluir nombre, apellido y DNI del/la afiliado/a que recibe la prestación. Corroborar que la información sea la correcta.
6. Aclarar la prestación brindada, según nomenclador de discapacidad. No utilizar abreviaturas.
7. Incluir mes y año de la prestación.
8. Se debe confeccionar una única factura de una misma prestación, por afiliado/a y por mes.
9. De corresponder, cantidad de sesiones, valor por sesión y valor total.
10. Los conceptos "Módulo Maestro/a de Apoyo", o "Módulo Apoyo a la Integración Escolar", no requieren aclarar valor por sesión ni cantidad de sesiones.
11. En Módulo de Tratamiento Integral INTENSIVO/SIMPLE o Módulo de Estimulación Temprana, se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones. No requieren aclarar valor por sesión.
12. Para los conceptos de Educación Inicial, Escuela Educación General Básica, Escuela Especial con Formación Laboral, Aprestamiento laboral, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogar, se debe aclarar tipo de jornada (simple o doble, permanente o de lunes a viernes) y Categoría.
13. Las facturas de Traslado, deberán incluir: domicilio de partida y destino; cantidad de viajes mensuales; cantidad de Km. por día y por mes; importe unitario del Km; monto del viaje diario; y monto mensual total (total facturado). Realizar una factura por destino.

14. En caso de estar autorizada la alimentación, realizar una factura por ese único concepto.
15. Si corresponde, dependencia o 20% de zona desfavorable, aclarar dicha leyenda en el detalle de la factura con el importe acorde.
16. Los días facturados deben coincidir con los que figuran en el presupuesto autorizado y que se corresponden con días hábiles. De modificar los días de atención, presentar nuevo presupuesto con cronograma de horarios correspondientes.
17. No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello, mediante la leyenda "Digo...". Salvar en el frente de la factura. Si al salvar se realiza con otra tinta, añadir además "vale cambio de tinta".

En cada factura debe venir adjuntada:

- Planilla de asistencia mensual con firma de afiliado/a mayor de edad o padre/madre/tutor legal, aclarando el vínculo. La misma debe ser original, no fotocopia.
- Fotocopia del presupuesto autorizado y sellado por OSMATA correspondiente a la prestación y al mes facturado.
- Constatación de comprobantes de CAE. EL CONTADOR DEBERÁ VALIDAR EL TALONARIO, que tendrá que figurar sin errores. De lo contrario no podrá recibirse dicha facturación.
- Constancia de Inscripción de AFIP.
- Datos de CBU, Banco y CUIT, tipo de cuenta, teléfono y correo electrónico a fin de posibilitar el pago mediante transferencia bancaria, en caso de corresponder.
- Documentación adicional que fuera solicitada en el presupuesto autorizado, ya sea constancia de alumno regular, certificado de discapacidad, RNP, entre otros.
- Por integración escolar/maestro/a de apoyo, traslados a Escuela común o especial estatal, presentar constancia de alumno regular original en los meses de Marzo y Diciembre.
- La facturación por Consumos Problemáticos de sustancias psicoactivas, deben estar acompañadas de un informe evolutivo mensual.

PLANILLA DE ASISTENCIA 2020

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Mes:

Año:

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	

Prestador	Persona con discapacidad o madre/padre/tutor
Firma	Firma
Sello o aclaración	Aclaración
	DNI
	Vínculo

Modelo de Facturación

ORIGINAL

C

COD. 011

FACTURA

Razón Social:

Domicilio Comercial:

Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento

Punto de Venta: Comp. Nro:

Fecha de Emisión: 01/07/2019

CUIT:

Ingresos Brutos:

Fecha de Inicio de Actividades:

Período Facturado Desde: 01/06/2019 Hasta: 30/06/2019 Fecha de Vto. para el pago: 01/07/2019

CUIT: 30590412631

Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL SINDICATO DE MECANICOS Y AFINES

Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto

DEL TRANSPOR
Domicilio: Belgrano Av. 665 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires

Condición de venta: Otra

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	ESCOLARIDAD ESPECIAL DEL ALUMNO	1,00	unidades	32594,96	0,00	0,00	32594,96

DNI.
CURSA 2DO CICLO E.P
JORNADA COMPLETA
CORRESPONDIENTE AL MES DE
JUNIO 2019
RESOLUCIÓN 4/2019
CATEGORÍA DEL
ESTABLECIMIENTO A

Subtotal: \$ 32594,96
Importe Otros Tributos: \$ 0,00
Importe Total: \$ 32594,96



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°:

Fecha de Vto. de CAE:

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



ORIGINAL

C

COD. 011

FACTURA

Razón Social:

Domicilio Comercial:

Condición frente al IVA: Responsable Monotributo

Punto de Venta:

Comp. Nro:

Fecha de Emisión:

CUIT:

Ingresos Brutos:

Fecha de Inicio de Actividades:

Período Facturado Desde: 01/06/2019 Hasta: 30/06/2019 Fecha de Vto. para el pago: 02/07/2019

CUIT: 30590412631

Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL SINDICATO DE MECANICOS Y AFINES

Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto

Domicilio: DEL TRANSPOR
Belgrano Av. 665
Aires

- Capital Federal, Ciudad de Buenos

Condición de venta: Contado

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Origen:						
	Destino:	8,00	unidades	306,86	0,00	0,00	2454,88

Terapia Ocupacional

Viaje ida y vuelta:

Valor por km:

Valor por viaje:

Km mensual:

Valor mensual:

Beneficiario:

DNI

Pertenece a mes de 2019

Subtotal: \$ 2454,88

Importe Otros Tributos: \$ 0,00

Importe Total: \$ 2454,88



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°:

Fecha de Vto. de CAE:

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

