



INSTRUCTIVO PARA PRESTADORES

Normas de Facturación Mecanismo de Integración 2021 (Sujeto a modificaciones)

- Las facturas se reciben únicamente del 1 al 10 de cada mes, en días hábiles, en las oficinas de la **OSPM** ubicada en Quirno 89 – CABA.
- 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.
- 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.
- Una vez que las facturas sean auditadas e ingresadas al **Mecanismo de Integración**, las condiciones de pago de éstas dependen de dicho mecanismo.
- No se recibirá documentación que presente tachaduras y/o correcciones, o que no se presente en forma completa.

DOCUMENTACIÓN A ENVIAR POR ÚNICA VEZ.

- Fotocopia de la ficha de inscripción del prestador en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) actualizada e inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad (AND), según corresponda.
- Analítico y Título habilitante.

CONFECCIÓN DE LA FACTURACIÓN

- Las facturas deben ser tipo “B” o “C”.
- Facturar a nombre de: **Obra Social del Personal Mosaista (OSPM)** – Quirno 89, CABA
- CUIT: 30-60658818-2
- Condición ante el IVA: Exento.

- La fecha de Factura debe ser a mes vencido.
- Incluir nombre, apellido y DNI del afiliado/a que recibe la prestación.
- Aclarar la prestación brindada, según nomenclador de discapacidad. No utilizar abreviaturas.
- Incluir mes y año de la prestación.
- Se debe confeccionar una única factura de una misma prestación, por afiliado/a y por período
- De corresponder, debe figurar la cantidad de sesiones, el valor de cada sesión y el valor total.
- Los conceptos “Módulo Maestro de Apoyo” o “Módulo Apoyo a la Integración Escolar” no requieren aclarar el valor por sesión ni la cantidad de sesiones.
- El módulo de “Rehabilitación – Módulo Integral Intensivo/Simple” o el módulo de “Estimulación Temprana” deben detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones. No requieren aclarar valor por sesión.
- Para los módulos de “Centro de día”, “Centro Educativo Terapéutico”, “Formación Laboral”, “Aprestamiento Laboral”, “Escolaridad pre-primaria” y “Escolaridad primaria” se debe aclarar el tipo de jornada (simple o doble, permanente o de lunes a viernes) y la categoría.
- Las facturas de Traslado deben incluir:
 - Domicilio de partida y destino,
 - Cantidad de viajes mensuales,
 - Cantidad de kilómetros recorridos por día y por mes,
 - Importe unitario del kilómetro,
 - Monto del viaje diario, y
 - Monto mensual total (total facturado).
 - Adjuntar mapa de recorrido impreso con detalle y cantidad de km. correspondiente, <https://www.google.com.ar/maps>

Realizar una factura por destino.

- En el caso de estar autorizada la alimentación, realizar una sola factura por ese único concepto.
- Si corresponde dependencia o el 20% por zona desfavorable, se debe aclarar en el detalle de la factura con el importe correspondiente.
- 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 se debe presentar un nuevo presupuesto con el cronograma de honorarios correspondiente.
- No se recibirá documentación que presente tachaduras y/o correcciones.

MOTIVOS FRECUENTES DE RECHAZO DE FACTURAS

- Por error u omisión en los datos de la factura (DNI del beneficiario/a, categoría de la institución, período, etc.).
- Falta de planilla de asistencia o falta de las correspondientes firmas del paciente o responsable.
- Falta de presentación de los Recibos “X” cancelatorios de los pagos anteriores.

CON CADA FACTURA DEBEN VENIR ADJUNTOS:

- Fotocopia o duplicado de la factura,
- Planilla de asistencia mensual con firma del afiliado/a mayor de edad o padre, madre, tutor legal, aclarando el vínculo. La misma debe ser en original.
- Fotocopia del presupuesto autorizado correspondiente a la prestación del mes facturado.
- Constancia de comprobantes de CAE, que tendrá que figurar sin error. De lo contrario no podrá recibirse dicha factura.
- Constancia de inscripción de AFIP.
- Datos de CBU. Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada.
- Datos de contacto del prestador (teléfono y correo electrónico).
- 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 de apoyo, traslados a escuela común o especial estatal, presentar constancia de alumno regular original en los meses de marzo y diciembre.

Para consultar y/o verificar pagos disponibles o facturas rechazadas puede realizarlo por teléfono al 11-4619-0208/0210 o a pagos@ospmosaista.com.ar

Se adjuntan los modelos de planillas de asistencias.



PLANILLA DE A. B. M. de PRESTADORES
Altas, bajas o modificaciones
Deberá adjuntar por única vez o al modificar algún dato

Lugar y fecha de emisión:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio Real donde se brindará la prestación:

Localidad: Provincia:

Teléfono: Email:

CUIT N°: Condición frente al IVA

CBU N°:

DATOS DE LA PRESTACION

Prestación / Especialidad:

Período: Desde: / Hasta: / Año:

Cantidad de Sesiones semanales y mensuales:

Monto por Sesión \$: Monto Mensual \$:

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: D.N.I.:

N° Beneficiario / CUIL: Obra Social:

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos requeridos imposibilita mi alta como prestador y la correspondiente transferencia.

Firma Profesional

Sello o Aclaración

Matrícula



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
Prestaciones por hora/sesiones
Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

Datos del afiliado

Nombre y Apellido:

D.N.I.:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Domicilio

Mail:	Teléfono:
-------	-----------

Período

Mes:	Año:
------	------

FECHA DD/MM/AA	HORARIOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE o RESPONSABLE

Firma Paciente o Responsable

Aclaración

Firma Profesional

Sello o Aclaración

Matrícula



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
 Apoyo a la Integración Escolar
Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

Datos del afiliado

Nombre y Apellido:

D.N.I.:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Domicilio

Mail:	Teléfono:
-------	-----------

Período

Mes:	Año:
------	------

Ingrese la cantidad de horas brindadas por día.

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

Firma Paciente o Responsable

Aclaración

Firma Profesional

Sello o Aclaración

Matrícula



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
Instituciones
Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

Datos del afiliado

Nombre y Apellido:

D.N.I.:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Domicilio

Mail:	Teléfono:
-------	-----------

Período

Mes:	Año:
------	------

TIPO DE JORNADA: _____ **HORARIO:** _____

Se marcará con **P**: presente, las asistencias. Se marcará con **A**: ausente, las inasistencias.

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

Firma Paciente o Responsable

Aclaración

Firma Profesional

Sello o Aclaración

Matrícula



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
 Transporte
Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura

Lugar de emisión:	Fecha:
-------------------	--------

Datos del afiliado

Nombre y Apellido:

D.N.I.:

Para cada beneficiario debe presentar una factura por cada destino y adjuntar a la misma la siguiente planilla.

Transporte a: _____ (Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o la razón social de la institución)
Partida desde: _____ (Calle y número, localidad y provincia)
Destino: _____ (Calle y número, localidad y provincia)

Fechas	Horario Ida	Horario Vuelta	Firma o aclaración del paciente o responsable

Firma del transportista Responsable

Aclaración y Sello