



Instructivo para PRESTADORES

Prestaciones de discapacidad

Edición 2020

Versión 0 13112019

**Equipo interdisciplinario y Equipo de Integración
Obra Social del Personal de la Industria Molinera**

Índice

- **Canales de comunicación 3**
 - **Importante 4**
 - **Documentación del prestador 5**
 - Donde entregar la documentación 5**
 - Cuando entregar la documentación 5**
 - Que documentación deben acompañar todos los prestadores 5**
 - Prestadores que brindan apoyo a la integración escolar 6**
 - Prestadores que brindan transporte 6**
 - Datos de cuenta bancaria y correo electrónico 7**
 - **Facturación 7**
 - **Datos de facturación 7**
 - **Cómo facturar 8**
 - **Dónde enviar la factura 9**
 - **Cuándo facturar 10**
 - **Pagos y débitos 10**
 - **Recibo liquidación de pagos 11**
 - **Auditoría de terreno 12**
 - **Firma instructivo. 12**
-

CANALES DE COMUNICACIÓN

Por cualquier duda que Ud. posea respecto a este Instructivo, puede contactarse a las siguientes vías de comunicación:

CENTRO DE ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

Te. 0810-345-0208

Whatsapp 1155847047

Correo electrónico cab@ospim.org.ar

POR CONSULTAS DE FACTURACIÓN

Correo electrónico integracion@ospim.org.ar.

Indicando CUIT del prestador, N° de factura y DNI del afiliado



IMPORTANTE:

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CONTACTO:

Para facilitar cualquier comunicación con el prestador, es fundamental completar los datos de contacto y, en especial, **INFORMAR UN CORREO ELECTRÓNICO**. Todas las autorizaciones, y los comprobantes de las transferencias bancarias serán notificados por mail.

ENVÍO Y EVALUACIÓN DE DOCUMENTACIÓN:

- *-No serán abonadas aquellas prestaciones que no cuenten con autorización.
- *-El vencimiento de las habilitaciones podría provocar una demora en los pagos, en esos casos se deberá enviar la constancia de inicio de trámite.
- *-No se autorizarán tratamientos en los que los profesionales no cuenten con las competencias para tal fin.

ENVÍO DE LIQUIDACIÓN DE PAGOS Y PLANILLA DE ASISTENCIA:

Una vez cancelada la factura, el prestador debe enviar a la Obra Social el detalle de liquidación de pagos donde conste la cancelación de la factura por parte de OSPIM y, también, enviar el original de la planilla de asistencia.

FACTURACIÓN EXTEMPORÁNEA:

Por disposición de las Res. 887/2017 y 406/2016, OSPIM no tomará facturas que superen los dos meses de atraso. Por lo tanto, **INSTAMOS A LOS PRESTADORES A ENVIAR SUS FACTURAS DENTRO DE LOS PRIMEROS CINCO DÍAS POSTERIORES AL MES FACTURADO.**

MODELOS DE DOCUMENTACIÓN:

Para facilitar el envío de la documentación y la confección de la misma. Ud. puede acceder a todos los modelos de presupuesto, consentimiento informado, planillas de asistencia, etc. a través de nuestra página web www.ospim.org.ar haciendo click en el link "Discapacidad".

DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR

Donde entregar la documentación:

La Obra Social debe contar con el legajo en original de la documentación correspondiente al beneficiario.

Para ello, se debe entregar el legajo completo y en original en la Seccional que corresponde a la localidad de residencia del paciente, en un sobre de papel indicando claramente en el frente nombre, apellido y DNI de los beneficiarios que se adjunta la documentación

IMPORTANTE: Planillas de asistencia: Deben ser adelantadas por mail junto a la PDF de la factura y, el original, ser entregado de Seccional o bien por correo postal al domicilio de Avda. San Juan 2670 CABA (CP 1232).

Cuándo entregar la documentación:

OSPIM recibirá legajos de discapacidad hasta el 28 de febrero de 2020. Todos los tratamientos deben ser informados antes de esa fecha para que sean autorizados en el debido tiempo y forma.

Qué documentación deben acompañar todos los prestadores:

El prestador debe suscribir y sellar la siguiente documentación:

1. **Consentimiento informado:** El cual, además debe estar firmado por el representante legal del paciente.
 2. **Presupuesto:** Conforme el modelo subido en la página de OSPIM, y que contenga:
 01. Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, Obra Social, edad, sexo y diagnóstico.
 02. Cantidad de sesiones semanales, en caso de terapias en consultorio. Si se solicita concurrencia a Institución (Escuela Especial, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día, etc.) deberá especificar tipo de Jornada, Simple o Doble.
 03. En el caso de jornada simple, se debe aclarar si se incluye alimentación.
 04. Período prestacional ej: (Enero a Diciembre 2018).
 05. Cronograma de asistencia.
 06. Valor individual de la sesión.
 07. Valor mensual.
 08. Datos del prestador, CUIT, domicilio, teléfono, mail.
 09. En caso que el beneficiario requiera dependencia, la misma debe estar consignada.
 10. Sello y firma del profesional o institución.
 11. La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.
-

3. **Plan de tratamiento:** Conforme el modelo subido en la página de OSPIM. Debe incluir:
01. Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, Obra Social
 02. Detalle de modalidad, abordaje y objetivos.
 03. Sello y firma del profesional o institución.
 04. La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.
4. **Documentación habilitante:** Los profesionales, instituciones y transportistas, deben adjuntar la documentación que hace a la habilitación:

| | |
|----------------|---|
| Profesionales | Constancia de Inscripción, Inscripción ante el Registro Nacional de Prestadores, Diploma. |
| Instituciones | Constancia de inscripción, Categorización ante la Agencia Nacional de Discapacidad, Habilitación municipal. |
| Transportistas | Constancia de inscripción, Habilitación municipal, licencia de conducir, póliza de seguro vigente |

Prestadores que brindan apoyo a la integración escolar:

Adicionalmente a la documentación anterior, el prestador que brinda apoyo a la integración escolar debe enviar:

- 1.- Acta Acuerdo: Firmado por la institución educativa, el profesional y padre, madre o tutor.
- 2.- Adaptaciones curriculares.

Ambas podrán ser presentadas hasta el 30 de abril del 2020.

Prestadores que brindan transporte:

Los prestadores transportistas deben, además de la documentación anterior, enviar la siguiente:

1. **Presupuesto de transporte:** Conforme el modelo subido en la página web de OSPIM y que debe contener:
 01. Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, Obra Social, edad, sexo.
 02. Cantidad de viajes semanales.
 03. Período prestacional ej: (Enero a Diciembre 2019).
 04. Cronograma de viajes.
 05. Detalle de domicilio de salida y domicilio de llegada.
-

06. Cantidad de Km diarios.
07. Cantidad de Km mensuales.
08. Valor por Km.
09. Valor mensual.
10. Datos del prestador, CUIT, domicilio, teléfono, mail.
11. En caso que el beneficiario requiera dependencia, la misma deberá estar detallada.
12. Sello y firma del prestador.
13. La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.
14. Se debe realizar un presupuesto por cada destino.
15. Certificado por el google maps los kilómetros totales recorridos (con los destinos)

IMPORTANTE:

Datos de cuenta bancaria y correo electrónico

Todos los prestadores deben informar una cuenta bancaria a fin de que la Obra Social pueda transferir los honorarios facturados.

Los datos de las transferencias serán informados por correo electrónico. Por lo tanto, es importante contar con un mail de los prestadores.

FACTURACIÓN

Deben enviar el PDF de la factura descargado de la pág. de Afip y la planilla de asistencia y autorización escaneadas del 1 al 5 de cada mes al correo integracion@ospim.org.ar identificando en el asunto: FACTURA CUIT N° NOMBRE DE PRESTADOR / NOMBRE DE AFILIADO DNI N° / PERIODO AÑO

DATOS DE FACTURACIÓN:

Los prestadores deben facturar indefectiblemente a la OSPIM. A tal fin, a continuación transcribimos los datos de facturación:

Razón social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

Domicilio: Avenida San Juan 2670 C.A.B.A. - CP 1232

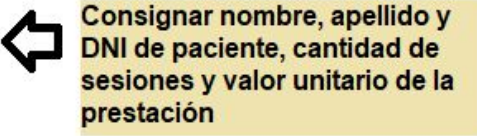
CUIT: N° 30-62913856-7

Condición ante el IVA: Exento

¿CÓMO FACTURAR?

- Por normativa de AFIP, solamente se aceptarán facturas electrónicas.
- La Obra Social es un sujeto exento de IVA, por lo tanto solamente se aceptarán facturas tipo "C" y tipo "B". **No se aceptarán facturas tipo "A"**.
- Las facturas deben contener las prestaciones de un único mes y por afiliado. No se aceptarán facturas que incluyan más de un mes o más de un afiliado.
- No se aceptarán facturas anteriores al periodo que se autorizó.
- Deben detallarse los datos del beneficiario (Nombre y apellido y DNI), la cantidad de sesiones brindadas, la prestación y el periodo que se factura (Ej. febrero 2020).
- En el caso que corresponda, debe detallarse si se factura con dependencia.
- No deben contener enmiendas o tachaduras sin estar correctamente salvadas (con sello y firma prestador).
- Debe acompañarse la planilla de asistencia debidamente firmada y sellada por profesional y padre/madre, recibo de pago oficial o detalle de liquidación del pago anterior, todo esto en originales.

Ejemplo de factura correcta:

| ORIGINAL | | | | | | | |
|--|--|---|-----------|---|---------|-------------------------------|----------|
| JUAN JOSE PEREZ | | B COD. 006 | | FACTURA | | | |
| Razón Social: | | Domicilio Comercial: San Martín 120 - Chacabuco Bs As | | Punto de Venta: 00003 Comp. Nro: 0000038 | | Fecha de Emisión: 03/11/2019 | |
| Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto | | Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento | | CUIT: 23-12100444-4 | | Ingresos Brutos 23-12100444-4 | |
| Periodo Facturado Desde: 01/10/2019 | | Hasta: 31/10/2019 | | Fecha de Vto. para el pago: 03/12/2019 | | | |
| CUIT: 30629138567 | | Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA | | | | | |
| Condición de venta: Cuenta Corriente | | Domicilio: San Juan Av. 2670 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires | | | | | |
| Código | Producto / Servicio | Cantidad | U. Medida | Precio Unit. | % Bonif | Imp. Bonif. | Subtotal |
| 2501 | Honorarios Fonoaudiologicos mes de OCTUBRE de 2019 Afiliado: Fernandez Pablo DNI 52875214 3 SESIONES SEMANALES / 12 SESIONES MENSUALES. VALOR DE LA SESIÓN: \$655.42 OTAL MENSUAL: \$7.865.04 SEGÚN RESOLUCIÓN 6/2019 | 12,00 | unidades | 655,42 | 0,00 | 0,00 | 7865,04 |
|  Consignar nombre, apellido y DNI de paciente, cantidad de sesiones y valor unitario de la prestación | | | | | | | |
| Subtotal: \$ | | | | | | 7865,04 | |
| Importe Otros Tributos: \$ | | | | | | 0,00 | |
| Importe Total: \$ | | | | | | 7865,04 | |



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 1

Fecha de Vto. de CAE: 13/11/2019

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

¿DÓNDE ENVIAR LA FACTURA?

La factura, acompañada de la planilla de asistencia, debe adelantarse por correo electrónico a la casilla integracion@ospim.org.ar consignando en el asunto del mail la siguiente leyenda:

FACTURA CUIT N° NOMBRE DE PRESTADOR / NOMBRE DE AFILIADO DNI N° / PERIODO AÑO

Adjuntando el PDF de la factura descargado de la página de AFIP.

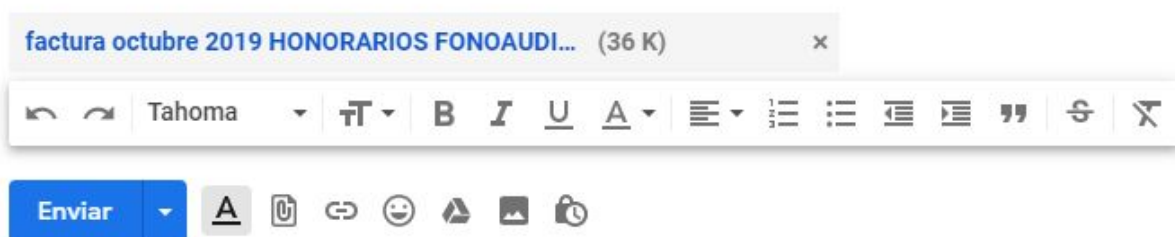
Ejemplo:

FACTURA CUIT 20314507767 PEREZ JUAN JOSE / PABLO FE...

Para Integración OSPIM <integracion@ospim.org.ar>

FACTURA CUIT 20314507767 PEREZ JUAN JOSE / PABLO FERNANDEZ DNI 54701501 / FEBRERO 2020

Envío factura



¿CUÁNDO FACTURAR?

Importante:

- Las facturas deben enviarse entre el primer y quinto día posterior al mes que se factura. Por ejemplo si se factura febrero de 2020, la factura debe enviarse entre los días 1° y 5 de marzo.
- **NO SE ACEPTARÁN FACTURAS QUE SUPEREN LOS DOS MESES DE ANTIGÜEDAD O QUE SEAN EXTEMPORANEAS (RES. 400/2016 - DEC 904/2016)**

PAGOS Y DÉBITOS

La Obra Social depende del cronograma de pagos de la SSSalud. Habitualmente, la SSSalud liquida los registros que la Obra Social informa a los 60 días de cerrada la carpeta.

Una vez liquidado los fondos, la Obra Social transferirá los pagos a la cuenta bancaria informada por el prestador.

El sistema automáticamente enviará un correo electrónico al prestador informando el pago realizado.

La Obra Social abonará los valores del módulo o sesiones conforme los aranceles del nomenclador de discapacidad vigente al momento de facturación.

En el caso que la factura sean objeto de débito, el comprobante de la orden de pago y el débito realizado será enviado por mail al prestador al momento de informar la transferencia.

No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales efectuados ante la falta de planilla de asistencia o constancia de realización de práctica.

RECIBO O LIQUIDACIÓN DE PAGOS

Una vez percibido el pago de la factura, el prestador debe enviar recibo o completar la planilla de liquidación de pagos (ver modelo en la página de OSPIM) debidamente firmada y sellada.

Puede realizarse una planilla de pagos o recibos por mas de una factura.

Ejemplo de planilla de liquidación de pagos:



DETALLE DE LIQUIDACIÓN DE PAGO A PRESTADORES DE DISCAPACIDAD

(res. 887/2017 SSSalud) Ver 0 08102018

OBRA SOCIAL DEL PERS. DE LA INDUSTRIA MOLINERA
CUIT N° 30629138567 – RNOS 1-1260-8 - IVA EXENTO
Avda. San Juan 2670 (CABA)

PRESTADOR: PEREZ JUAN

CUIT: 20-31548786-4

BENEFICIARIO: FERNANDEZ PABLO

CUIL: 20-56410845-4

| Pto. Venta | N° FC | Tipo FC | Importe FC | Importe débitos o retenciones | Fecha transferencia | Importe transferencia |
|------------|-------|---------|------------|-------------------------------|---------------------|-----------------------|
| 3 | 124 | C | \$10.000 | \$ 0 | 12/03/2020 | \$10.000 |
| | | | | | | |

AUDITORÍAS DE TERRENO

OSPIM hace reserva de realizar auditorías de terreno en el domicilio donde se brinda la prestación a fin de verificar las sesiones facturadas y/o la documentación enviada por los prestadores.

Por medio de esta nota informo que he leído y acepto las condiciones, plazos y modalidades que se consignan en el "Instructivo para Prestadores" Edición 2020 de la Obra Social del Personal de la Industria Molinera.

.....
Firma y sello prestador
