



O.S.P.F
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

INSTRUCTIVO FACTURACIÓN

2024

El presente instructivo tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para realizar la facturación de las prestaciones autorizadas de discapacidad que posteriormente será presentada ante la SSSalud bajo el mecanismo de integración. Los requisitos detallados aquí son excluyentes al momento de presentar la facturación.

La facturación junto con su documentación respaldatoria debe ser enviada a la siguiente casilla de mail sur2@ospf.org.ar (esta es la única casilla válida en la cual se recibe la facturación, si la misma es enviada a otro correo no será contemplada.)

Importante: sólo se aceptará la facturación de prestaciones previamente autorizadas. Para poder procesar la facturación será excluyente la presentación correcta y completa, en los plazos estipulados, tanto de la factura como de la documentación respaldatoria.

Plazos de entrega: la facturación debe ser mensual y a mes vencido. Las facturas serán recepcionadas del 1 al 10 de cada mes, **sin excepción.**

Formato: la facturación y su documentación respaldatoria podrán ser remitidas electrónicamente, en el caso de las facturas sólo se aceptarán en formato original PDF tal como lo genera AFIP.

Encabezados de las facturas:

La factura se deberá confeccionar a nombre de la Obra Social del Personal de Farmacia

Dirección: Constitución 2066 – C.P 1254 - CABA

CUIT: 33-64810438-9

Condición frente al IVA: EXENTO

Detalle de la factura de sesiones

Se deben incluir los siguientes datos:

- Nombre, apellido y DNI del beneficiario
- Mes y año de prestación
- Prestación brindada
- Cantidad de sesiones mensuales
- Valor unitario por sesión según resolución vigente
- Monto mensual de la prestación brindada
- Indicar 20% Plus Patagónico para las zonas que correspondan

Detalle de la factura de módulos (Estimulación temprana, Módulo de rehabilitación simple, Módulo de rehabilitación intensivo, Módulo de apoyo a la integración escolar) – Sólo para centros categorizados

Se deben incluir los siguientes datos:

- Nombre, apellido y DNI del beneficiario
- Mes y año de prestación
- Prestación brindada
- Valor semanal del módulo según resolución vigente (sólo para Módulo de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo)
- Monto mensual de la prestación brindada
- Indicar 20% Plus Patagónico para las zonas que correspondan

Detalle de la factura de maestro de apoyo

Se deben incluir los siguientes datos:

- Nombre, apellido y DNI del beneficiario
- Mes y año de prestación
- Prestación brindada
- Valor mensual del módulo según resolución vigente
- En el caso de facturar maestro de apoyo valor hora se deben indicar la cantidad de horas mensuales, el monto por hora según resolución vigente y el valor total mensual de la prestación
- Indicar 20% Plus Patagónico para las zonas que correspondan

Detalle de la factura de las siguientes prestaciones: (Centro de día – Centro Educativo Terapéutico – Escolaridad – Formación Laboral – Hospital de día)

Se deben incluir los siguientes datos:

- Nombre, apellido y DNI del beneficiario
- Mes y año de prestación
- Prestación brindada
- Tipo de jornada: simple, doble o reducida
- Categoría A, B, C
- Monto mensual de la prestación brindada según resolución vigente
- Si correspondiese facturar dependencia, el 35% debe estar especificado en la factura.
- Indicar 20% Plus Patagónico para las zonas que correspondan

Detalle de la factura de alimentación: en el caso de alimentación se debe realizar una factura por ese único concepto

Se deben incluir los siguientes datos:

- Nombre, apellido y DNI del beneficiario
- Mes y año de prestación
- Prestación brindada
- Cantidad de días en el mes en los cuales se brindó la alimentación
- Monto mensual de la prestación brindada según resolución vigente
- Indicar 20% Plus Patagónico para las zonas que correspondan

Detalles de la factura de transporte

Se deben incluir los siguientes datos:

- Nombre, apellido y DNI del beneficiario
- Mes y año de prestación
- Prestación brindada
- Dirección de origen
- Dirección de destino
- Cantidad de viajes mensuales
- Cantidad de kilómetros por viaje
- Cantidad de kilómetros mensuales
- Valor del km con o sin dependencia según resolución vigente
- Monto mensual de la prestación brindada
- Si correspondiese facturar dependencia, el 35% debe estar especificado en la factura
- Indicar 20% Plus Patagónico para las zonas que correspondan

Documentación respaldatoria

Es excluyente la presentación de la planilla de asistencia del mes facturado en la que se indiquen los datos del beneficiario, año, mes y las fechas en las cuales se brindó la prestación, la misma además debe estar firmada por padre/madre/tutor del afiliado y por el prestador.

También será requisito indispensable enviar un informe evolutivo del beneficiario, elaborado y firmado por la institución y/ o profesional tratante cada 6 meses.

No se aceptarán:

- Facturas que incluyan más de 1 (un) beneficiario
- Facturas incompletas: que no indiquen los datos del beneficiario, prestación brindada, mes de prestación o cualquiera de los ítems requeridos en este instructivo
- Facturas que incluyan prestaciones correspondientes a varios períodos (mes/año)
- Facturas que no se correspondan ya sea en monto o prestación con lo previamente autorizado
- Facturas en formato de fotos, que no sean legibles, se encuentren borrosas o adulteradas

Por último, cabe aclarar que ante la confección incorrecta de una factura será requerida una nota de crédito para su anulación y solicitada una nueva factura.