

PRESENTACIÓN Y PAGO DE LAS FACTURAS DE SUBSIDIOS APROBADOS

Lineamientos generales:

* Sólo se recibirá **facturación de prestaciones “autorizadas”** y deberá estar acompañada indefectiblemente por la **carta de autorización** (que deberá ser solicitada al afiliado beneficiario o a la Delegación correspondiente), **planilla de asistencia y dos copias de las facturas.**

* Los prestadores deberán presentar las facturas, **INDEFECTIBLEMENTE** a mes vencido en la Mesa de Entradas de la Obra Social, en las Delegaciones del interior del país o Agencias del **1° al 5° día** hábil del mes siguiente, a fin de que las mismas puedan ser presentadas a la Superintendencia de Servicios de Salud para su aprobación y subsidio.

* Se deberá confeccionar una factura por beneficiario, período y autorización.

* La modalidad de pago de la Obra Social para Instituciones y Profesionales es mediante transferencia bancaria para ello deben cumplimentar la planilla del **“ALTA DE PRESTADOR”** (se adjunta).

La misma debe completarse de forma legible, sin tachaduras, con el mismo color de tinta, y especificando el nombre del beneficiario que recibe la prestación. Debe presentar constancia de inscripción en AFIP e Ingresos Brutos actualizada. Asimismo (en caso que corresponda) los certificados de Exención (Impuesto a las Ganancias, Ingresos Brutos, etc).

* **Una vez recibido el pago** (mediante transferencia bancaria), **el Prestador está obligado a entregar, JUNTO con la presentación de la factura siguiente, el recibo original tipo “X” correspondiente. En caso contrario se SUSPENDERÁ el pago de la prestación.**

Deberá estar dirigido a nombre de Obra Social Unión Personal de la Unión Personal Civil de la Nación y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP (no obligatorio si ha presentado con anterioridad Factura según esta norma) sobre particular y debe contener los siguientes datos:

- Fecha
- Numero completo de la factura que cancela
- En el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia
- Total del recibo: verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido mas débitos, retenciones y percepciones efectuadas
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

Requisitos fiscales:

La Obra Social se encuentra obligada a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP, a saber:

* Solo se reciben facturas “A”, “M” o “C” en formato electrónico con CAE vigente.

* En el caso de facturas “A” o “M”, se deberá adicionar el IVA (10.5% en servicios médicos o 21% en insumos, según corresponda), en los casos de tratamientos autorizados para afiliados ADHERENTES (aquellos que pertenecen directamente a Accord Salud)

* Las facturas deberán contener:

- Fecha de emisión (debe ser posterior al mes de prestación brindada)
- Razón Social: Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación
- Domicilio: Tucumán 949 Ciudad Autónoma de Bs. As.
- CUIT :30-68303222-7
- Condición IVA: Responsable Inscripto.
- Tipo de prestación brindada según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad
- Modalidad: indicar si es Jornada simple o doble, categoría del establecimiento si corresponde. Indicar si es con dependencia o sin dependencia.
- En el caso de especialidades: cantidad de sesiones y valor unitario. En el caso de presentar facturación por módulos, deberán detallarse las prestaciones y sesiones que lo conforman
- Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas.
- Nombre y apellido del beneficiario y número de afiliado.
- Mes y año de la prestación.
- Número de prestador (se puede visualizar en la carta de autorizaciones)
- Código de autorización (se puede visualizar en la carta de autorizaciones)

Nota: al finalizar el instructivo se puede visualizar un modelo con el formato solicitado

ORIGINAL

COD. 011

FACTURA

Razón Social:

Domicilio Comercial:

Condición frente al IVA:

Punto de Venta:

Fecha de Emisión:

CUIT:

Ingresos Brutos:

Fecha de Inicio de Actividades:

Periodo Facturado Desde:

Fecha de Vto. para el pago:

CUIT: 30683032227

Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL UNION PERSONAL DE LA UNION DEL PERSONAL CIVIL D

Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto

Domicilio: Tucuman 949 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires

Condición de venta: Cuenta Corriente

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
				0,00	0,00	0,00	0,00

Tipo de prestación autorizada

Cantidad de sesiones según corresponda

Nombre del afiliado

Número de afiliado

Número del prestador

Código de la prestación

Período facturado

Subtotal: \$ 0,00

Importe Otros Tributos: \$ 0,00

Importe Total: \$ 0,00

"147 Teléfono Gratuito CABA, Área de Defensa y Protección al Consumidor"



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