



OSCTCP

Obra Social Conductores de Transporte Colectivo de Pasajeros

R.N.O.S. 1-21606 Moreno 3053 – C.A.B.A.

☎(011) 4011-5100

REQUISITOS PARA FACTURACIÓN - ÁREA DE DISCAPACIDAD - AÑO 2019

ATENCIÓN AMBULATORIA - TTO. INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO - APOYO ESCOLAR/MAESTRA DE APOYO

- **Antes de presentar las facturas la prestación debe estar autorizada por el sector de Discapacidad (Trámites Oficiales).**
- **Prestadores nuevos:** deben presentar el formulario de alta de prestador completo para poder comenzar a facturar. Junto con el formulario se deberá adjuntar constancia de CBU emitida por entidad bancaria donde figuren los datos del titular de la cuenta, con firma y sello de autoridad competente del banco; fotocopia de factura con la que trabaje donde se pueda visualizar el CAE o CAI; Inscripción en AFIP. La cuenta bancaria debe pertenecer indefectiblemente a la persona que figure en el alta y quien le brindase la prestación.
- Presentar la facturación a mes vencido del 1 al 10 de cada período.
- No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales efectuados ante la falta de constancia de realización de cualquier tipo de tratamiento (por ejemplo: conformidad por 4 sesiones sobre 8 facturadas/autorizadas).
- **No se aceptará en las facturas:**
 - Distintos beneficiarios
 - Prestaciones correspondientes a distintos períodos (mes/año)
 - Que el número de CUIT no coincida con el que figura en la autorización
 - Que difiera la condición ante el IVA entre el comprobante y la constancia de inscripción presentada y/o su verificación en www.afip.gov.ar
 - No se debe plasmar condiciones de pago en la factura
 - Facturas tachadas, con Liquid Paper, borrada, manchada, con distintas tintas, con letra ilegible, factura electrónica salvada ni toda enmienda que no esté salvada con sello y firma del titular.

El detalle de la factura debe contar indefectiblemente con los siguientes datos: fecha de emisión (posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario); nombre, apellido y DNI del beneficiario causante; período facturado (detallar mes y año); prestación brindada (según autorización) y tipo de prestación como kinesiología, psicología, etc; indicar cantidad de sesiones mensuales, valor de la sesión y monto total mensual; indicar N° de Resolución vigente. En cuanto a la prestación de maestro de apoyo, detallar cantidad de horas brindadas al mes, las cuales debe coincidir con el monto total.

<p>IMPORTANTE: SÓLO SE ACEPTARÁN FACTURAS CON IMPORTES QUE COINCIDAN CON LO PRESUPUESTADO, CASO CONTRARIO SE PROCEDERÁ A LA IMPUGNACIÓN</p>
--

- **Constancia de asistencia por modalidad:**

Atención ambulatoria y Apoyo a la Integración Escolar (kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, estimulación temprana, maestra especial, psicopedagoga, etc.): El profesional deberá presentar original del detalle de las sesiones mensuales brindadas, indicando la fecha de realización. Cada sesión deberá estar avalada por padre/madre o tutor del asistido con firma, aclaración, vínculo y DNI. Además de la firma y sello del profesional interviniente y no se considerará válida la sola firma del responsable de la institución.

La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, razón por la cual la autorización sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.

• **Ajustes de facturación – débitos:**

Las facturas que sean objeto de **débito total (impugnación)** no serán devueltas a la institución, profesional o prestador, sin excepción.

- **Facturar a nombre de OSCTCP** (Obra Social Conductores Transporte Colectivo de Pasajeros), CUIT N° 30-65767771-6 (IVA EXENTO). Presentar la factura en Moreno 2969, C.P.1209. Mesa de entrada, en el horario de 09 a 16:30 hs.
- En el caso que se publiquen **cambios de resoluciones en el Boletín Oficial**, sólo será necesario presentar presupuestos en la Oficina de Trámites Oficiales para las siguientes prestaciones: **Tratamiento simple e intensivo, prestación de apoyo** (conformados por prestadores individuales) y **Escuela de jornada reducida**.
- Se adjunta 1 modelo de factura **sólo a modo de ejemplo**. No se puede fotocopiar ni completar sobre el mismo.
- Se deberá informar y enviar documentación al sector de **“TRÁMITES OFICIALES”** en los siguientes casos:
 - Cambio de domicilio del prestador
 - Cambio de nombre del prestador
 - Cualquier cambio que modifique la razón social
 - Ante la baja del prestador o abandono de la prestación por parte del afiliado

IMPORTANTE: Asimismo le informamos que toda facturación que se presente en la Obra Social será ingresada con un sello, dejando constancia que su recepción no implica conformidad, quedando sujeta esta documentación a revisión, verificación y aprobación. Toda factura que no cuente con los datos mencionados en el presente instructivo quedará pendiente de auditoría, hasta tanto el prestador se acerque a completar los datos faltantes. En dichos casos se los llamará para completar los datos y tendrán un plazo de 10 (diez) días corridos para solucionarlo. Caso contrario la factura será impugnada y deberán refacturar correctamente.

Para consultas sobre facturación comunicarse al teléfono (011) 4011-5100 interno 148 o enviar mail a controldiscapacidad@uta.org.ar y por pagos al (011) 4011-6100 interno 134.

Control de Facturación
Discapacidad
OSCTCP

Modelo 2

Denominación Social		FACTURA N° 000000	
Teléfono		Fecha: <input type="text"/>	
Mail			
Dirección		C.U.I.T.:	
Señor/es: O.S.C.T.C.P.			
Domicilio: Moreno 2969 CP (1209)			
Localidad: C.A.B.A			
IVA:	Exento <input type="checkbox"/>		C.U.I.T. 30-65767771-6
CANT.	DETALLE	P. UNIT.	IMPORTE
	Ajuste (o diferencia) según Resolución N° _____ Correspondiente a Factura N° _____ Mes y año Nombre completo del Afiliado N° de DNI Tipo de prestación (x ej: Transporte, EGB, Centro de Día, Hogar, Internación en Comunidad, etc) Categoría (válido para CET, EGB, inicial, formación laboral, Centro de día, Hogar)		
Detallar importe en números y letras de manera legible			Total \$

Modelo 3

Razón Social Telefono Mail Domicilio	<div style="text-align: right;"> FACTURA N° 000 Fecha <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> </div> C.U.I.T.: Ing. Brutos: Inicio de Actividades:	
Señor (es): Obra Social Conductores Transporte Colectivo de Pasajeros O.S.C.T.C.P. Calle: Moreno 2969 CP 1209 Localidad:		
I.V.A. IVA Exento <input type="checkbox"/>	C.U.I.T.: 30-65767771-6	
Condiciones de Venta:		
CANT.	DETALLE	IMPORTE
	Indicar nombre completo del Beneficiario N° de DNI Período facturado (aclarar mes y año) Cantidad de sesiones realizadas Tipo de Prestación, (x ej: Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, etc) Valor por sesión/horas N° de Resolución Módulo maestro de apoyo: detallar cantidad de hs. brindadas	
Indicar importe total en letras y números de manera legible		TOTAL \$