

GUÍA DE FACTURACIÓN PARA PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

MATERIAL PARA AFILIADOS/BENEFICIARIOS Y PRESTADORES 2018



Ahora **SMATA** tiene su aplicación para smartphone y tablets

Bajala desde **Play Store** o con el código QR Es gratuito



- Informate de todo lo que la organización realiza.
- Acceso directo a la **Cartilla Médica**.
- Ubicación** en google maps de los Centros Recreativos.
- Acceso a la **web** con todas las novedades.
- Acceso a los **videos** de la organización.

Próximamente Apple Store 





INSTRUCTIVO DE FACTURAS MECANISMO DE INTEGRACION

Secretaría de Acción Social

Equipo de Discapacidad

Atención al Afiliado / Beneficiario / Prestador

SMATA Central: 4340-7412 de Lunes a Viernes de 9 a 17hs
Av. Belgrano 665 6º piso Contrafrente, CABA

Sanatorio San Cayetano: 4630-6500

Av. Directorio 4743, CABA

Módulos asistenciales:

http://www.smata.com.ar/secretarias/Accion_Social/

Seccionales / Delegaciones:

<http://www.smata.com.ar/secretarias/Interior/seccionales.html>

**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



LINEAMIENTOS GENERALES

- Las facturas se reciben únicamente del 1° al 10 de cada mes, en días hábiles, en el horario de 9 a 14hs en SMATA central, ubicado en Av. Belgrano 665, CABA.
- Para iniciar cualquier tratamiento, el prestador deberá aguardar la autorización del presupuesto emitido y sellado por OSMATA central. Solicitar el presupuesto sellado por el área correspondiente antes del comienzo del tratamiento y corroborar condiciones de autorización.
- En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización o el pago de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría de la Obra Social.
- En caso que hiciera falta prorrogar la autorización a causa de renovación de certificado de discapacidad, registro nacional de prestadores, habilitación de transporte, categorización de Superintendencia de Servicios de Salud, etc., solicitar re-autorización junto con la documentación requerida y previo al envío de facturación del mes correspondiente.
- 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.
- Sólo se recibirá facturación correspondiente al mes de cobertura de hasta 6(seis) meses anteriores a la prestación brindada.
- Se podrán recibir hasta dos facturas por afiliado y por misma prestación, en un mismo mes.
- En caso de solicitar acuse de recibo de la facturación entregada, acudir con copia de la misma para ser sellada por la Mesa de Entrada de Facturación.
- Una vez que la factura sea auditada e ingresada al mecanismo de Integración, los tiempos de pago de la misma dependen de dicho mecanismo creado conforme Resolución de Superintendencia de Servicios de Salud.
- De corresponder la devolución de una factura, la misma se realizará a la delegación de SMATA correspondiente según domicilio fiscal del prestador mediante nota donde conste el motivo de la devolución.



CONFECCION DE LA FACTURACION

- Las facturas deben ser “A”, “C” o “M”.
- Facturar a nombre de OSMATA: Av. Belgrano 665 CABA- CUIT 30-59041263-1.
- La fecha de Factura debe ser a mes vencido.
- Incluir nombre, apellido y dni del afiliado que recibe la prestación. **Corroborar que la información sea la correcta.**
- El tipo de prestación sin abreviaturas, según presupuesto autorizado.
- Mes y año de la prestación.
- Se debe confeccionar una única factura de una misma prestación, por afiliado y por mes.
- Cantidad de sesiones, valor por sesión y valor total. Los conceptos **“Modulo Maestro/a de Apoyo”, o “Modulo Apoyo a la Integración Escolar”**, no requieren aclarar valor por sesión ni cantidad de sesiones.
- En el **Módulo de Tratamiento Integral INTENSIVO/SIMPLE o Módulo de Estimulación Temprana**, se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones. Tampoco requieren aclarar valor por sesión.
- Para los conceptos de **Educación Inicial, Escuela Educación General Básica, Escuela Especial con Formación Laboral, Aprestamiento laboral, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogar**, se debe aclarar tipo de jornada (simple o doble, permanente o de lunes a viernes) y Categoría.
- Las facturas de **Traslado**, deberán incluir: domicilio de partida y destino; cantidad de viajes mensuales; cantidad de Km. por día y por mes; importe unitario del Km; monto del viaje diario; y monto mensual total (total facturado).
- En caso de estar autorizada la alimentación, realizar una factura por ese único concepto.
- Si corresponde, dependencia o 20% de zona desfavorable, aclarar dicha leyenda en el detalle de la factura con el importe acorde.



- **Los días que se facturan deben coincidir con los que figuran en el presupuesto autorizado y que se corresponden con días hábiles. De modificar los días de atención, presentar nuevo presupuesto con cronograma de horarios correspondientes.**
- No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello, mediante la leyenda "Digo...". Salvar en el frente de la factura. Si al salvar se realiza con otra tinta, añadir además "vale cambio de tinta".

En cada factura debe venir adjuntada:

- Planilla de asistencia mensual con firma de afiliado mayor de edad o padre/madre/tutor legal, aclarando el vínculo. La misma debe ser original, no fotocopia.
- Fotocopia del presupuesto autorizado correspondiente a la prestación y al mes facturado.
- Constatación de comprobantes de CAE ó CAI, según corresponda. **EL CONTADOR DEBERÁ VALIDAR EL TALONARIO, que tendrá que figurar sin errores. De lo contrario no podrá recibirse dicha facturación.**
- Constancia de Inscripción de AFIP.
- **Nota por prestador que aclare CBU, Banco y CUIT, tipo de cuenta, teléfono, correo electrónico a fin de posibilitar el pago mediante transferencia bancaria.**
- Documentación adicional que fuera solicitada en el presupuesto autorizado.
- La facturación por Consumos Problemáticos de sustancias psicoactivas, deben estar acompañadas de un informe evolutivo mensual.

SOLO SE RECIBIRAN FACTURAS QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS PREVIAMENTE SEÑALADOS

Planilla de Asistencia Traslados



Razón Social del Transporte

Dejo constancia que el Afiliado

Con domicilio en Fue trasladado durante el mes de **2018**

Hacia la prestación de Con domicilio en

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

.....
Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Planilla de Asistencia Prestaciones de Apoyo



Razón Social del Prestador

Dejo constancia que el Afiliado

Ha concurrido a Tratamiento de Durante el mes de **2018**

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Firma y Sello del Profesional Tratante

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

DATOS**PRESTADOR**

(Modelo de factura de Transporte)

C

FACTURA

Nº 001-

FECHA

CUIT Nº

ING. BRUTOS

FECHA INICIO ACTIVIDADES

SEÑORES:
DOMICILIO:IVA: Resp. Inscripto Monotributo
Exento No. Resp Cons.Final

C.U.I.T

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
	EN CONCEPTO DE TRASLADOS DEL AFILIADO (NOMBRE, APELLIDO Y NUMERO DE AFILIADO). CORRESPONDIENTE AL MES DE "JUNIO 2014"	(VALOR DIARIO)	(VALOR MENSUAL)
20	VIAJES DE IDA DESDE (DOMICILIO AFILIADO) HASTA (DOMICILIO DEL PRESTADOR EJ: "ESCUELA"). RECORRIENDO.....KM A UN VALOR \$..... POR KILOMETRO. TOTAL MENSUAL..... KM		
8	VIAJES DE VUELTA DESDE (DIRECCION "ESCUELA") HASTA (DOMICILIO AFILIADO) RECORRIENDO..... KM A UN VALOR \$..... POR KILOMETRO. TOTAL MENSUAL..... KM		
	TOTAL MENSUAL..... KM CON/ SIN DEPENDENCIA	FIRMA Y SELLO	

DATOS DE IMPRENTA Y DE AFIP

TOTAL

<p>DATOS PRESTADOR (Modelo de factura para Prestadores)</p>	C	<p>FACTURA Nº 001 -</p> <p>FECHA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>CUIT Nº ING. BRUTOS FECHA INICIO ACTIVIDADES</p>	
<p>SEÑORES: DOMICILIO:</p>			
<p>IVA: Resp. Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> No. Resp <input type="checkbox"/> Cons.Final <input type="checkbox"/></p>		<p>C.U.I.T.</p>	
CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
" 8 "	<p>HONORARIOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES A LA PRESTACION DE "FONOAUDIOLOGIA" EN EL MES DE "JUNIO 2013" AL BENEFICIARIO</p> <p>DNI</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">(FIRMA Y SELLO)</p>		
DATOS DE IMPRENTA Y DE AFIP		TOTAL	

