

NORMAS DE FACTURACIÓN

MECANISMO DE INTEGRACIÓN

-Discapacidad-

CICLO 2021

Medifé A.C.

Gerencia de Prestaciones

I. NORMAS GENERALES (leer detenidamente)

El siguiente apartado tiene como objeto normar, comprender y ejemplificar como es el circuito de los comprobantes emitidos por los prestadores cuyas prestaciones brindadas entran en el Sistema de Integración propuesto por la Superintendencia de Servicios de Salud.

¿TODAS LAS PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD ENTRAN EN ESTE MECANISMO Y CIRCUITO?

NO. Sólo aquellas prestaciones que informe Medifé al prestador desde la Auditoria Medica Central de Discapacidad (AMCD), serán las que deben presentarse bajo esta modalidad y comprenderán este circuito.

COMO PRESTADOR DE MEDIFE, ¿COMO ME DOY CUENTA DE ELLO?

Desde la Auditoria Medica Central de Discapacidad (AMCD), se le avisará al prestador y a la filial de Medife que prestaciones deberá **facturar a nombre de la Obra Social de origen del socio**. (Lo aclara la autorización emitida)

Ejemplo:

Observaciones

2 SESIONES POR SEMANA A VALOR RESOLUCIÓN DE FEBRERO 2021 HASTA FINALIZACIÓN DE ASPO/DISPO. FACTURAR A NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL.

LOS CANALES PARA FACTURA A NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL (MECANISMO INTEGRACION) VER PUNTO II. PRESENTACION DE COMPROBANTES (Facturas) apartado CANALES PARA PRESENTAR SU COMPROBANTE (hoja 4)

SINO LO INDICA EN LA AUTORIZACION, NO INGRESARÁ POR ESTE SISTEMA Y POR LO TANTO EL PRESTADOR NO DEBE TOMAR ESTE CIRCUITO COMO NORMA GENERAL DE EMISION DE COMPROBANTES. AQUELLAS NO INDICADAS DEBERAN SER PRESENTADAS POR EL CANAL HABITUAL. (ver apartado: canales no integración hoja 5.)

El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta neta responsabilidad del prestador y NO OBLIGA a MEDIFE / O.S. a cubrir las prestaciones.

La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado NO DA DERECHO AL PROFESIONAL INTERVINIENTE (PARTICULAR O INSTITUCIÓN) A CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD NI OBLIGA A LA OBRA SOCIAL A CUBRIR DICHAS PRESTACIONES SIN EL PREVIO ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA.

Debe existir total coincidencia entre prestaciones (incluida cantidad de sesiones) presupuestadas y las indicadas por el médico tratante.

Cabe aclarar que la MEDIFE / O.S. NO podrá dar cobertura con el profesional o la institución que no se encuentre inscrita en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Agencia Nacional de Discapacidad (ex SNR).

La facturación debe ser mensual - a mes vencido – sin excepción; emitiéndose una factura por cada beneficiario y por cada periodo (mes/año). Solo se podrán facturar prestaciones brindadas hasta el segundo mes anterior al de la fecha de la factura

Ejemplo: en Mayo 2021 se podrán facturar prestaciones de Abril/Marzo 2021

Este plazo es el que establece la Superintendencia de Servicios de Salud para presentar las prestaciones a través del Mecanismo de “Integración”.

Los cambios en cuanto a dicho apartado, quedan sujetos a las disposiciones establecidas por la Superintendencia de Servicios de Salud

CUALQUIER CAMBIO REALIZADO QUE AFECTE A SU CBU, DEBE INFORMARLO EN
atencionalprestador@medife.com.ar

II. PRESENTACION DE COMPROBANTES (Facturas):

- **La fecha de presentación de los comprobantes es del 1 al 5 de cada mes.** Los presentados fuera de término serán procesados del 1 al 5 del mes siguiente corriéndose las fechas de pago estipuladas.

Ejemplo: si presento el 06-01-2021, el comprobante será procesado el 05-02-2021 y a partir de allí correrán los 60 días hábiles.

- **CANALES PARA PRESENTAR SU COMPROBANTE**

Únicamente para los comprobantes que van por Mecanismo Integración remitir: **(Comprobante emitido a nombre de la Obra Social)**

Un mail por asociado y obra social indicando en el asunto DNI ASOCIADO / NOMBRE DE ASOCIADO / OBRA SOCIAL / PERÍODO DE PRESTACIÓN.

- ✓ Para asociados del INTERIOR DEL PAIS o con OBRA SOCIAL ASE (Tanto interior del país como AMBA): facturacion-integracion@medife.com.ar
- ✓ Para asociados región AMBA a integracionamba@medife.com.ar

- **COMPROBANTES ELECTRONICOS:** Sólo se aceptan comprobantes electrónicos y los mismos NO podrán contener tachaduras, enmiendas o datos que lo identifiquen con Medife (según normas de la SSS).

De contener alguna de ellas el prestador deberá presentar una nueva factura y cancelar la anterior con su correspondiente NOTA DE CREDITO.

- **DOCUMENTAL ADJUNTA:** Se conoce como documental adjunta o respaldatoria a toda aquella que sirva de soporte al COMPROBANTE ELECTRONICO emitido. (Entre ellas, las más conocidas son planilla de asistencia, declaración jurada, informe médico, informe evolutivo, etc.)

Debe contener TODOS LOS DATOS solicitados, DE FORMA CLARA, SIN CAMBIOS DE TINTAS, CORRECTOR, NI TACHADURAS. Caso contrario, se solicitará que la misma se rehaga y que indique a que factura corresponde.

En caso del transportista, las planillas deben coincidir en días/km. asistidos con la cantidad facturada en el comprobante al que complementa.

- Se deberá presentar **TODOS** los meses un recibo cancelatorio de los comprobantes ya abonados debidamente por la Obra Social aclarando retenciones y débitos. Sin ello NO se podrá dar curso a los pagos de las prestaciones de dichos meses. (Ver punto CANALES para saber donde enviar)
- Para los comprobantes emitidos en **JULIO Y DICIEMBRE 2021** se deberá adjuntar un informe evolutivo del socio como bien indica el plan anual de discapacidad. (Excluyente)
- Al momento de su emisión, los mismos deben ser conformes a las leyes y resoluciones vigentes de AFIP.

III. PAGOS: plazos, reclamos

*El no cumplimiento de los requerimientos fundamentales de la confección de los comprobantes, ocasionara demoras en los pagos posteriores hasta tanto no se complete correctamente.
Recuerde que los plazos rigen a partir de cuándo se presentan en Medife (No de la fecha de prestación)*

Es importante destacar que los comprobantes, luego de ser presentados ante Medife, son auditados, luego enviados a la Obra Social (Donde son auditados nuevamente) y, de allí, se derivan a la Superintendencia para dicho Mecanismo. En este último paso, la Superintendencia puede dar curso o no al comprobante. Si el comprobante supera las 3 auditorías satisfactoriamente entra en los plazos de pago estipulados por resolución.

Ante cualquier duda o consulta, puede hacerlo mediante atencionalprestador@medife.com.ar o bien por medio de la sucursal de origen en donde se le tomarán los datos para que sean informados al sector correspondiente y así brindar una respuesta.

CANALES NO INTEGRACION

Cuando la autorización no indica facturar a nombre de la obra social **NO INGRESA al Mecanismo de Integración.** Por lo tanto debe remitir su comprobante de la siguiente forma:

- Prestador **Convenido** del área metropolitana: factura a nombre de Medife A.C. remitiendo la misma a prestadoresdiscapacidadmetro@medife.com.ar
(Cargar su factura con documentación respaldatoria)

CUIT 30-68273765-0
MEDIFE ASOCIACION CIVIL
IVA: Iva Inscripto
Dirección: ALBERDI JUAN B. 3541
1407-CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES

- Prestador Convenido del interior del país: factura a nombre de Medife A.C. remitiendo la misma a prestadoresdiscapacidadinterior@medife.com.ar
(Cargar su factura con documentación respaldatoria)
- Prestador **no Convenido** (Reintegro): La gestión es a cargo del asociado. El prestador debe facturar a nombre del asociado titular. El asociado lo debe presentar ingresando a www.medife.com.ar /Gestión de Reintegros. Cargar su factura con documentación respaldatoria y enviar.

REQUISITOS PARA LA CORRECTA CONFECCIÓN DE COMPROBANTES

Requisitos Obligatorios para prestadores individuales o Centro Categorizados

1. DATOS DEL EMISOR
2. DATOS DEL RECEPTOR (Los datos de la Obra Social conforme al apartado: “datos de la obra social”)
3. NOMBRE Y APELLIDO DEL ASOCIADO
4. DNI DEL ASOCIADO
5. PERIODO PRESTACIONAL (Mes correspondiente a la prestación brindada, debe figurar tanto en la leyenda como en el periodo facturado)
6. **DESCRIPCION DE LA PRESTACIÓN BRINDADA** nombre detallado de la práctica según la autorización emitida anteriormente que refieren del nomenclador de Prestaciones básica para personas con Discapacidad.

- Si es un centro categorizado, debe indicar Jornada y categoría
- Indicar porcentaje de dependencia en el caso que corresponda.

7. CANTIDAD

- a. Si es una prestación de apoyo (individual), debe indicar la cantidad de sesiones realizadas en el mes.
- b. Si es Módulo integral Intensivo-simple o Est. Temprana debe indicar tipo de rehabilitación y cantidad de sesiones de las terapias que conforman dicho modulo.
- c. Maestra de Apoyo; de acuerdo a la autorización emitida debe indicar:
 - i. Autorización por hora, debe facturar por hs, detallando las horas realizadas en el mes,
 - ii. Autorización por modulo, (24hs o más al mes) debe indicar 1 en cantidad. “modulo maestra de apoyo”
- d. Si es Apoyo integración Escolar debe indicar siempre 1 (por el mes realizado)

8. VALOR UNITARIO DE LA PRESTACION. (según corresponda)
9. VALOR SUBTOTAL DEL COMPROBANTE
10. VALOR TOTAL DEL COMPROBANTE
11. FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR
12. DDJJ PARA PRESTACIONES (ANEXO I)
13. INFORME MEDICO (ANEXO III)

Requisitos Obligatorios para TRANSPORTE:

Es considerada prestación de transporte a todo traslado que tenga autorizado el beneficiario por la auditoria médica de central de discapacidad.

IMPORTANTE: de requerir, se puede realizar un comprobante con varios viajes, pero en la columna “cantidad” se deben indicar los subtotales de km recorridos correspondientes a cada prestación y luego indicar la SUMATORIA TOTAL de km realizados en el mes.

1. DATOS DEL EMISOR
2. DATOS DEL RECEPTOR (Los datos de la Obra Social conforme al apartado: “datos de la obra social”)
3. DESCRIPCION DE LA PRESTACIÓN BRINDADA
4. NOMBRE Y APELLIDO DEL ASOCIADO
5. DNI DEL ASOCIADO
6. PERIODO PRESTACIONAL (Mes correspondiente a la prestación brindada. Para el caso de las facturas electrónicas debe figurar tanto en la leyenda como en el periodo facturado)
7. INDICAR SI TIENE O NO DEPENDENCIA (solo si está autorizado)
8. PUNTO DE PARTIDA DEL VIAJE (Dirección exacta desde donde viaja)
9. PUNTO DE DESTINO DEL VIAJE (Dirección exacta hasta donde viaja)
10. CANTIDAD DE VIAJES POR DÍA Y CANT. DE KM POR DIA
11. CANTIDAD DE VIAJES POR MES Y KM TOTALES.
12. VALOR KM (unitario)
13. VALOR TOTAL DIARIO
14. VALOR SUBTOTAL MENSUAL
15. VALOR TOTAL DEL COMPROBANTE
16. FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR
17. DDJJ TRANSPORTE (ANEXO II)
18. PLANILLA DE ASISTENCIA (ANEXO IV) O CONFIRMACIÓN POR E-MAIL DEL ASOCIADO QUE HA RECIBIDO EFETIVAMENTE LA PRESTACIÓN.

I. DATOS DE LAS OBRAS SOCIALES:

| CUIT | RAZON SOCIAL | ABREVIATURA | DOMICILIO | CONDICIÓN DE IVA |
|-------------|---|--------------|---|------------------|
| 30578079994 | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS | OSASE | LIMA 87, PISO 8, CABA | INSCRIPTO |
| 30579089993 | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CONSIGNATARIOS DEL MERCADO NACIONAL DE HACIENDA DE LINIERS | OSPEMER | LISANDRO DE LA TORRE 2337/9 – CAPITAL FEDERAL | EXENTO |
| 30619859355 | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SOCIEDADES DE AUTORES Y AFINES | OSPESA | LAVALLE 1578, PISO 1, CABA | EXENTO |
| 30639760347 | OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD CERVECERA Y AFINES | OSPACA | COCHABAMBA 732, CABA | EXENTO |
| 30651803361 | OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD MINERA | OSAM | ROSARIO 436, CABA | EXENTO |
| 30657314974 | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO | OSPOCE | BARTOLOMÉ MITRE 1523 – CAPITAL FEDERAL | EXENTO |
| 30679232106 | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA | OSPSA | DEAN FUNES 1242 – CAPITAL FEDERAL | EXENTO |
| 30679726567 | OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERIA Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA | OSALARA | ADOLFO ALSINA 946, CABA | EXENTO |
| 30691183536 | OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EMPRESAS FIAT Y EMPRESAS PEUGEOT CITROEN ARGENTINA | OSPEF Y EPCA | AV. LEANDRO N ALEM 530, PISO 11 CABA | EXENTO |
| 30695565956 | OBRA SOCIAL DE REFINERÍAS DE MAÍZ | OSRM | AV. CORDOBA 1345 – PISO 15. DPTO B - CAP. FEDERAL | EXENTO |
| 30708807830 | OBRA SOCIAL DE MANDOS MEDIOS DE TELECOMUNICACIONES EN LA REPÚBLICA ARGENTINA Y MERCOSUR | OSMMEDT | URIARTE 1317 – CAPITAL FEDERAL | EXENTO |
| 30710122691 | OBRA SOCIAL DE LOS INMIGRANTES ESPAÑOLES Y SUS DESCENDIENTES RESIDENTES EN LA ARGENTINA | OSPAÑA | VENEZUELA 1162, CABA | EXENTO |
| 30711983402 | OBRA SOCIAL DE PROGRAMAS MEDICOS SOCIEDAD ARGENTINA DE CONSULTORA MUTUAL | OSPM | LEANDRO N ALEM 239, LOMAS DE ZAMORA | EXENTO |