



FACTURACIÓN de PRESTACIONES por DISCAPACIDAD AÑO 2024.

INSTRUCTIVO SOLO PARA TRANSPORTE.

Será motivo de RECHAZO de las facturas el incumplimiento del presente instructivo con todas sus modificaciones.

La presentación de la facturación se realiza SIN EXCEPCIÓN del 01 al 10 del mes siguiente al facturado.

Versión actualizada al 13/09/2024.

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).

En caso de dudas comunicarse con el Sector Facturación Discapacidad Tel.: 4341-8090 Int.: 896
e-mail: ape.facturacion@uthgra.org.ar / <https://osuthgra.org.ar/guia-de-tramites/>

La carga de las facturas se realizará únicamente a través del portal de prestadores de discapacidad de **Prestaciones Autorizadas por OSUTHGRA**.

Link de acceso

- <http://www.uthgraconsultas.org.ar/wsuthgra/resumencuenta/resumencuenta.php>

Además de proceder a la carga de las facturas, se podrá visualizar las prestaciones autorizadas a los beneficiarios que se encuentran en tratamiento con Uds.

TIEMPOS DE PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN.

Las Facturas se ingresarán **sin excepción A MES VENCIDO, del 1 AL 10 DEL MES SIGUIENTE**, este es un **requisito indeclinable para evitar demoras en el pago y sus consecuencias**.

Las facturas **solo serán aceptadas** si cumplen con los pasos detallados a continuación.

FORMAS DE PRESENTACIÓN.

La facturación de las prestaciones incluidas **únicamente** en el *Mecanismo de Integración*, serán recibidas por la Obra Social en la página <http://www.uthgraconsultas.org.ar/wsuthgra/resumencuenta/resumencuenta.php>

En el portal se deberán cargar la factura, la copia de la autorización emitida por el Dpto. SUR - Discapacidad OSUTHGRA, la Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación y la misma **deberá estar firmada por prestador, la PcD o el familiar responsable/Tutor y el profesional / prestador a donde se realiza el traslado**, y/o la Constancia de Alumno Regular/Constancia de asistencia.

Archivos a presentar:

- a) FACTURA ELECTRÓNICA B o C **ORIGINAL** (adjuntar archivo PDF generado por AFIP - NO imprimir y firmar ya que no se aceptará la factura en foto o escaneada).
- b) TRANSPORTE: Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación, que **deberá estar firmada de manera ológrafa (de puño y letra) por el transportista, la PcD o el familiar responsable/Tutor y el profesional / prestador a donde se realiza el traslado**. ANEXO II – FACTURACIÓN. Además adjuntar cuando el traslado sea a Escuela común, la Constancia de Alumno Regular correspondiente al mes facturado.

IMPORTANTE:

- Si el mes facturado no se encuentra autorizado no se podrá cargar la factura.
- La facturación debe ser MENSUAL.
- En ningún caso se recepcionarán facturas Tipo "A" ni Recibos "B" o "C".
- No se aceptarán facturas que incluyan más de un beneficiario y/o más de un Período facturado.
- Se solicita respetar la correlatividad del n ° de factura, fecha de emisión y mes facturado.

3) CONFECCIÓN DE LAS FACTURAS.

Todos los datos deben coincidir con la Planilla de Autorización vigente SIN EXCEPCIÓN.

En todos los tipos de Prestaciones, las facturas deberán contener:

- Fecha de emisión: Posterior al mes de prestación y anterior al vencimiento del CAE.
- Estar confeccionada a nombre de: **O.S.U.T.H.G.R.A.**
- Domicilio: **Av. de Mayo 930 (C1084ARR) - CABA**
- CUIT: **30-53133865-7.**
- Condición IVA: **EXENTO.**
- Condición de Venta: **Cuenta Corriente.**

CUIT: 30531338657	Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL TURISMO HOTELERO Y GASTRONOMICO
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento	Domicilio: De Mayo Av. 930 Piso:PB - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires
Condición de venta: Cuenta Corriente	

- **Periodo facturado** (mes y año calendario – Ej. Desde: 01/01/2024 Hasta: 31/01/2024).

Período Facturado Desde: 01/08/2024 Hasta: 31/08/2024

En el **concepto** se deberán indicar los siguientes datos:

a) **FACTURA de TRANSPORTE (REALIZAR UNA FACTURA POR RECORRIDO AUTORIZADO)**

- El recorrido realizado, desde la dirección de origen/partida hasta la dirección de destino.
- Indicar la prestación a la que concurre.
- Valor unitario del kilómetro.
- Cantidad de kilómetros y costo por viaje.
- Cantidad total de días viajados al mes.
- Cantidad total de kilómetros mensuales.
- Importe total.
- Indicar si corresponde **Dependencia. La dependencia solo se reconocerá si se encuentra autorizada en la planilla de Autorización de la OSUTHGRA.**
- **Nombre y Apellido del Beneficiario** (debe coincidir con el expresado en la Planilla de Autorización).
- **DNI (Obligatorio)** de la persona con discapacidad que recibe la prestación.

Ejemplo factura mensual

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Traslado para Beneficiario [REDACTED] [REDACTED] DNI: [REDACTED] con N° Afiliado [REDACTED] desde su casa [REDACTED], Va. Gral. Belgrano, Cba) a Psicopedagogía ([REDACTED], Sta. Rosa de Calamuchita, Cba.) ida y vuelta 2 veces por semana.	198,00	km	168,91	0,00	0,00	33444,18
	Beneficiario sin Dependencia/ Cant. Km por viaje: 11/ Cant. de viajes al mes: 18/ Monto individual por viaje: \$1858,01/ Cant. Km mes Jun: 198/ \$/Km: 168,91 (Res. Conjunta 4/2023)/ Total Facturado Jun 2023. Res. 1992/2015 Min. Salud.	1,00	otras unidades	0,00	0,00	0,00	0,00

Ejemplo factura por diferencia de arancel

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Traslado para Beneficiario [REDACTED] [REDACTED] DNI: [REDACTED] con N° Afiliado [REDACTED] desde su casa ([REDACTED], Va. Gral. Belgrano, Cba) a Fonoaudiología [REDACTED], Sta. Rosa de Calamuchita, Cba.) ida y vuelta 3 veces por semana.	240,00	km	20,98	0,00	0,00	5035,20
	Beneficiario sin Dependencia/ Cant. Km por viaje: 12/ Cant. de viajes al mes: 20/ Cant. Km mes May: 240/ Dif. Aumento \$/Km: 20,98 (Res. Conjunta 4/2023)/ Total Facturado May 2023. Res. 1992/2015 Min. Salud.	1,00	otras unidades	0,00	0,00	0,00	0,00

MUY IMPORTANTE

Es condición de aceptación de la factura, que la **AFILIACIÓN SE ENCUENTRE ACTIVA Y REGULAR**:

- **AFILIADO GASTRONÓMICO:** que haya sido declarado mensualmente por su empleador en la AFIP.
- **AFILIADO MONOTRIBUTISTA:** que tenga el pago del monotributo al día.
- **AFILIADO JUBILADO:** que tenga el comprobante de cobro del mes correspondiente al mes facturado.
- **AFILIADO DESEMPLEADO:** que tenga el comprobante de cobro del mes correspondiente al mes facturado.
- **NO debe adjuntarse copia de Recibo de Haberes, CARNET ni DNI.**
- En los casos en donde las autorizaciones de prestaciones hayan sido otorgadas en tiempo y forma y el prestador facture las mismas después de haber transcurrido dos meses, su presentación no generará obligación de pago por parte de la Obra Social. Además se deberá presentar, junto a la factura, una nota explicando los motivos de facturar dichas prestaciones fuera de término, los cuales serán auditados.

ANEXO II FACTURACIÓN - PLANILLA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA TRANSPORTE

(**IMPORTANTE:** CADA NÚMERO DE CASILLERO ES LA FECHA QUE CORRESPONDE AL DÍA DEL MES CALENDARIO)

Nombre y Apellido del Beneficiario:.....

Mes y Año:..... Prestación a la que concurre:.....

Dirección Partida:..... Dirección Destino:.....

FECHA	Firma PdC o Familiar responsable/Tutor	FECHA	Firma PdC o Familiar responsable/Tutor
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16			

Los datos consignados en el presente Anexo tienen carácter de Declaración Jurada.

En los casilleros colocar la **Firma de la PdC o del Familiar responsable/Tutor** en el día de atención correspondiente.

Firma y sello del Transportista

Firma y sello del Profesional / Prestador donde asiste

La conformidad de la institución o del profesional es requisito obligatorio y la falta será motivo de RECHAZO.

Todas las firmas deben ser ológrafas (de puño y letra).