

## REQUISITOS A TENER EN CUENTA PARA LA FACTURACIÓN DE LAS PRESTACIONES

- Para hacer efectivo el pago, la factura deberá adecuarse a las resoluciones vigentes de la AFIP.
- Las facturas deberán ser ELECTRÓNICAS, según disposiciones de la AFIP. Las mismas deberán ser descargadas en formato PDF original de la web de AFIP. No se aceptarán fotos o imágenes escaneadas de las facturas.
- Las facturas deberán ser confeccionadas a mes vencido. **Se aceptará una única factura por mes.**
- Las facturas deberán ser enviadas a la obra social del **1 al 10 día hábil del mes.** Caso contrario, el pago se pasará para el próximo mes. La casilla de recepción de las mismas es:  
**prestadoresdiscapacidad@whope.com.ar**
- En caso de no cumplir **todos** los requisitos, se retendrá el pago de la factura.

### Documentación EXCLUYENTE que debe adjuntarse a la facturación

- Planilla de asistencia mensual: Debe completarse y firmarse por la familia y el/la profesional tratante, sesión por sesión y en original, indicando las fechas correspondientes al período facturado. No se permite firmar por adelantado ni enviar planillas alteradas. Las firmas registradas en esta planilla tienen carácter de Declaración Jurada.
- Informe evolutivo de la prestación firmado, de manera semestral (a mitad de año y al terminar el mismo)
- Autorización de prestación: la primera factura del año debe estar remitida con la autorización pertinente emitida por la obra social.
- Se deberá enviar, junto con la factura de manera EXCLUYENTE, constancia de validación de C.A.E. Sin esta no se tomará la factura.

### ACLARACIONES PRELIMINARES:

- El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR/A y NO OBLIGA a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN.
- Solo se podrán presentar facturas hasta dos (2) meses atrás más el período devengado.
- En caso de suspensión de los tratamientos o servicios de forma definitiva o momentánea, deberán dar aviso a **serviciosocial@whope.com.ar**.
- El plazo de pago aproximado de la facturación es de 45 días.

### MODELO DE FACTURA:

La **FACTURA DEL PROFESIONAL / INTITUCIÓN** debe detallar:

#### En el encabezado:

Fecha de factura  
Nombre COMPLETO de la OBRA SOCIAL  
Condición IVA  
Domicilio completo  
CUIT de la OBRA SOCIAL

#### En el cuerpo:

Nombre y Apellido del Beneficiario/a  
DNI del beneficiario/a  
Detalle de la prestación  
Mes de la prestación  
Cantidad de sesiones / tipo de jornada  
Valor por sesión  
Valor total

## La FACTURA POR TRANSPORTE debe detallar:

### En el encabezado:

Fecha de factura

Nombre COMPLETO de la OBRA SOCIAL

Condición IVA

Domicilio completo

CUIT de la OBRA SOCIAL

### En el cuerpo:

Nombre y Apellido del Beneficiario/a

**DNI del beneficiario/a**

Detalle de la prestación

Punto de partida y destino

Cantidad de viajes

Cantidad de kilómetros recorridos por VIAJE

Cantidad de kilómetros recorridos por MES

Importe por km.

Importe por viaje

Importe total mensual

Indicar si es beneficiario/a con dependencia:

SI  NO

Período o fecha de prestación



Fecha	Hora de inicio	Hora de finalización	Firma ológrafa del prestador/a (puño y letra).	Firma ológrafa del/la afiliado/a / responsable (puño y letra).

Firma ológrafa del/la afiliado/a / responsable: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

