

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 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: **luciano_bianchi@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, firmada por la familia
- Informe evolutivo de la prestación firmado, de manera semestral (a mitad de año y al terminar el mismo)
- **La primer factura del año debe estar remitida con la autorización pertinente emitida por la obra social.**

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.
- NO se abonarán facturas pasados los tres (3) meses de realizada la prestación
- 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 / INSTITUCIÓN 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
DNI del beneficiario
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
- DNI del beneficiario**
- 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 con dependencia:
SI ☐ NO ☐
- Período o fecha de prestación