William Hope
ES SALUD

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 se 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: **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, 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 / 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

PLANILLA DE ASISTENCIA 2024

Afiliado/a que recibe la prestación:

Nombre y apellido: _____

Firma responsable: _____

Parentesco: _____

Profesional:

Nombre y apellido: _____

Firma: _____

Fecha de inicio de prestación: _____ / _____ / _____

Fecha	Hora de inicio	Hora de finalización	Tipo de sesión virtual/presencial

Fecha	Hora de inicio	Hora de finalización	Tipo de sesión virtual/presencial

PLANILLA DE ASISTENCIA TRANSPORTE 2024

Fecha de inicio: _____ / _____ /_____

Razón Social del Transporte: _____

Afiliado/a: _____

DNI: _____

Fecha	Firma prestador	Firma afiliado/ responsable