INSTRUCTIVO DE FACTURACIÓN PARA PRESTACIONES BÁSICAS DE

DISCAPACIDAD 2025

MATERIAL PARA PRESTADORES

OSMATA - Obra Social Mecanicos y Afines del Transporte Automotor

Atención al Prestador

OSMATA Central: 4340-7412 de Lunes a Viernes de 08 a 18 hs. Av. Belgrano 665 6to. piso contrafrente, CABA

Sanatorio San Cayetano: 4630-6500

Av. Directorio 4743, CABA

Módulos asistenciales:

https://osmata.com.ar/

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

LINEAMIENTOS GENERALES

De acuerdo con la Resolución 1743/2024, se incluyen las modificaciones e indicaciones para presentar la facturación por el área de Discapacidad:

- Las facturas se reciben únicamente a través de la página web. Brindamos link de ingreso: https://osmata.com.ar/discapacidad/
- Para iniciar o renovar cualquier tratamiento, todos los prestadores deberán aguardar la autorización del presupuesto emitido y sellado por el equipo de autorizaciones de OSMATA.
- Para solicitar el presupuesto aprobado, en el caso de CABA/AMBA: se deben contactar al correo: exp.osmata@gmail.com, previo al inicio del tratamiento; En el caso de interior del país: deben contactarse siempre (para dudas, consultas y solicitudes) con la delegación/seccional correspondiente a su domicilio. **El comienzo de las prestaciones sin autorización previa resulta de EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR.**
- Una vez recibida la aprobación, deberán cargar las facturas a mes vencido. No se aceptarán las facturas que ingresen con más de 60 días de emisión. Brindamos link donde se encuentra el cronograma de sistema de integración: https://www.sssalud.gob.ar/descargas/rnos/publico/ftp/cronograma_ftp.pdf
- En ningún caso, la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del Área de Discapacidad.
- Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSMATA se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.
- La Obra Social se adecúa a los lineamientos expedidos por la Superintendencia de Servicios de Salud, mediante el Mecanismo de Integración y Resolución 1743/2024.
- Para mayor información o novedades al respecto, ingresar al siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/sites/default
- files/2019/07/20251209_manual_integracion_uv.pdf

  En caso requerir una extensión de la autorización ya emitida, ya sea por renovación de certificado de discapacidad, Registro Nacional de Prestadores (RNP), disposiciones de ANDIS, de Superintendencia de Servicios de Salud, habilitación de transporte, etc, pedimos que soliciten la re-autorización de la misma por medio del mail ya mencionado, adjuntando la documentación respaldatoria y previo a la presentación de facturas del mes correspondiente.

- La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente de prestaciones básicas de discapacidad.
- Toda modificación en los valores del nomenclador de aranceles vigente se realizará en forma automática, sin necesidad de iniciar nuevo trámite. Sólo se recibirá facturación correspondiente al mes de cobertura de hasta lo dispuesto por la SSSALUD.
- **Una vez que la factura sea auditada e ingresada al Mecanismo de Integración, las condiciones de pago de la misma dependen de dicho mecanismo.**
- No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nueva firma y sello, o que no se presente en forma completa.

- Para interior del país, comunicarse con la Seccional/Delegación correspondiente para gestionar todo tipo de consultas y/o reclamos relacionadas con autorizaciones o extensiones de las mismas.

CONFECCIÓN DE LA FACTURACIÓN

1. Las facturas deben ser "A", "C" o "M" y la misma no debe discriminar IVA.

2. Facturar a nombre de: OSMATA, sito en Av. Belgrano 665 CABA

3. CUIT: 30-59041263-1. / Condición de IVA: Responsable inscripto.

4. La fecha de Factura debe ser a mes vencido.

5. En el detalle de la factura aclarar: nombre, apellido y DNI del/la afiliado/a, mes y prestación brindada. Corroborar que la información sea la correcta.

6. Especificar la prestación brindada, según nomenclador de discapacidad. No utilizar abreviaturas.

7. Se debe confeccionar una única factura de una misma prestación, por afiliado/a y por mes.

8. De corresponder, cantidad de sesiones, valor por sesión y valor total.

9. Los conceptos “Módulo Maestro/a de Apoyo”, o “Módulo Apoyo a la Integración Escolar”, no requieren aclarar valor por sesión ni cantidad de sesiones.

10. En Módulo de Tratamiento Integral INTENSIVO/SIMPLE o Módulo de Estimulación Temprana, se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones. No requieren aclarar valor por sesión.

11. Para los conceptos de Educación Inicial, Escuela Educación General Básica, Escuela Especial con Formación Laboral, Aprestamiento laboral, Centro Educativo Terapéutico, Centro de día, Hogar, se debe indicar el tipo de jornada (simple o doble, permanente o de lunes a viernes) y Categoría.

12. Las facturas de Traslado deberán detallar:
    - Direcciones de partida y destino.
    - Cantidad de viajes por día y mensual.
    - Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
    - Total de kilómetros del mes.
    - Indicar si incluye dependencia
    - Monto mensual total (Total facturado).

    Se debe emitir en una misma factura todos los destinos que realiza.

13. Si corresponde 35 % por dependencia o 20% por zona desfavorable, se requiere especificar la misma en el detalle de la factura, con el importe acorde.

14. Los días facturados deben coincidir con el presupuesto aprobado y que se corresponden con días hábiles. En caso de modificar los días de atención, el requisito es presentar un nuevo presupuesto con la modificación en el cronograma de horarios.

ADJUNTAR A CADA FACTURA:

- Planilla de asistencia mensual con firma de afiliado/a mayor de edad, padre/madre o tutor legal, aclarando el vínculo.

- Fotocopia del presupuesto autorizado y sellado por OSMATA correspondiente a la prestación y al mes facturado. El período facturado, debe tener siempre fecha posterior a la aprobación emitida.

- Constatación de comprobantes de CAE.

- Constancia de Inscripción de AFIP actualizada.

- Link de ingreso de facturación: https://osmata.com.ar/discapacidad/





PLANILLA DE ASISTENCIA

Lugar de emisión:	Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:
DNI:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Mes:	Año:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

<table>
<tr><td>Prestador</td><td>Persona con discapacidad o madre/padre/tutor</td></tr>
<tr><td>Firma</td><td>Firma</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Sello o aclaración</td><td>Aclaración</td></tr>
<tr><td>DNI</td></tr>
<tr><td>Vínculo</td></tr>
</table>

Modelo de Facturación

ORIGINAL

C
COD. 011

FACTURA

Razón Social:

Domicilio Comercial:

Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento

Punto de Venta: Comp. Nro:

Fecha de Emisión: 01/07/2019

CUIT:

Ingresos Brutos:

Fecha de Inicio de Actividades:

Período Facturado Desde: 01/06/2019 Hasta: 30/06/2019 Fecha de Vto. para el pago: 01/07/2019

CUIT: 30590412631

Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL SINDICATO DE MECANICOS Y AFINES DEL TRANSPOR

Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto

Domicilio: Belgrano Av. 665 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires

Condición de venta: Otra

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	ESCOLARIDAD ESPECIAL DEL ALUMNO	1,00	unidades	32594,96	0,00	0,00	32594,96

DNI.
CURSA 2DO CICLO E.P
JORNADA COMPLETA
CORRESPONDIENTE AL MES DE JUNIO 2019
RESOLUCIÓN 4/2019
CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO A

Subtotal: $ 32594,96

Importe Otros Tributos: $ 0,00

Importe Total: $ 32594,96

AFIP *Comprobante Autorizado*

Pág. 1/1

CAE N°:

Fecha de Vto. de CAE:

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación

ORIGINAL

C
COD. 011

FACTURA

Punto de Venta: **Comp. Nro:**

Razón Social:

Fecha de Emisión:

Domicilio Comercial:

CUIT:

Ingresos Brutos:

Condición frente al IVA: **Responsable Monotributo**

Fecha de Inicio de Actividades:

Período Facturado Desde: 01/06/2019 **Hasta:** 30/06/2019 **Fecha de Vto. para el pago:** 02/07/2019

CUIT: 30590412631 **Apellido y Nombre / Razón Social:** OBRA SOCIAL DEL SINDICATO DE MECANICOS Y AFINES DEL TRANSPOR

Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto **Domicilio:** Belgrano Av. 665 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires

Condición de venta: Contado

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Origen: Destino: Terapia Ocupacional Viaje ida y vuelta: Valor por km: Valor por viaje: Km mensual: Valor mensual: Beneficiario: DNI Pertenece a mes de 2019	8,00	unidades	306,86	0,00	0,00	2454,88

Subtotal: $ 2454,88

Importe Otros Tributos: $ 0,00

Importe Total: $ 2454,88

Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°:

Fecha de Vto. de CAE:

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación