



ANEXO 5

NORMAS DE FACTURACION

Se informa la modalidad de la confección de la factura:

A) La Factura B o C según corresponda a nombre del MINISTERIO DE SALUD DE LA PCIA. BS.AS. PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD.

B) El titular de la Factura deberá ser la persona física o jurídica que sea el prestador del PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD.

MEMBRETE PREIMPRESO DEL PRESTADOR CON TELEFONO

DESTINATARIO: INCLUIR Salud – Ministerio de Salud Pcia de Bs. As.

DOMICILIO: CALLE 51 N° 1120.

CUIT: 30-62698339-8.

CONDICION DE I.V.A. EXENTO.

PERIODO FACTURADO.

MONTO UNITARIO EN NÚMEROS.

MONTO TOTAL EN NÚMEROS.

MONTO TOTAL EN LETRAS.

CONCEPTO GENERAL DE LA PRESTACION BRINDADA Y FACTURADA.

AFIP:

DE CORRESPONDER FACTURA "B", ADJUNTAR EL CAI/CAE CORRESPONDIENTE (CONSTANCIA EMITIDA POR PAGINA AFIP, SOBRE LA VALIDEZ DE COMPROBANTES EMITIDOS).

DE CORRESPONDER FACTURA "C", ADJUNTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN AFIP.

INGRESOS BRUTOS:

PRESENTAR POR UNICA VEZ UNA COPIA DE LA CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN INGRESOS BRUTOS

SI ESTUVIERA INSCRIPTO EN CONVENIO MULTILATERAL, PRESENTAR LA CONSTANCIA DE INSCRIPCION. Y EN ESTE CASO ADJUNTAR UNA COPIA DE LA PRESENTACION DEL CM 05 E IR ACTUALIZANDO ANUALMENTE

EN CASO DE SER PROVEEDOR EXENTO EN ALGUNO DE LOS IMPUESTOS ADJUNTAR CONSTANCIA EMITIDA POR AUTORIDAD DE APLICACIÓN. (AFIP/IIBB)

LAS FACTURAS NO DEBEN TENER ENMIENDAS, TACHADURAS O CAMBIOS DE TINTA.

Las facturas deben ser presentadas de la siguiente forma:

FACTURA ORIGINAL CON FIRMA Y SELLO QUE DETALLE MES Y AÑO QUE FACTURA

1 COPIA DE LA FACTURA CON LA FIRMA Y SELLO EN ORIGINAL.

2 COPIAS DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES DEL BENEFICIARIO O CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA ACTUALIZADO

2 COPIAS DE DNI DEL BENEFICIARIO.

2 FOTOCOPIAS DE CERTIFICADO DE AFILIACIÓN O CARNET DE PROFE.



PLANILA ORIGINAL DE ASISTENCIA DIARIA DE CADA PROFESIONAL Y 1 COPIA.

DICHAS PLANILLAS DEBEN CONTAR CON:

1. Nombre, apellido y n° de beneficiario
2. Tipo de prestación
3. Grilla con los días, mes y año en que se confecciono
4. Horario de entrada y salida en cada día
5. Firma y sello del profesional en cada uno de los días que atendió al beneficiario
6. Firma, aclaración y DNI del beneficiario responsable en cada uno de los días firmados por el profesional.

HISTORIA CLINICA: La misma deberá contener todos los datos que justifiquen y describan lo actuado sobre el paciente por los profesionales médicos y paramédicos intervinientes, como así también los registros de enfermería, actividades de kinesioterapia y cualquier otra actividad relacionada con la prestación.

Para ello se deberá adjuntar:

- a) Historia clínica de ingreso completa, con resumen del/los antecedentes de la enfermedad que motivo/ron la internación domiciliaria, examen físico actualizado y objetivo de rehabilitación parcial o total.
- b) Evoluciones diarias por profesional interviniente donde se describa el estado del paciente y sus intercurencias.
- c) Protocolos de exámenes complementarios realizados en el período facturado
- d) Hojas de enfermería, donde consten las actividades desarrolladas, horarios, suministro de medicamentos, vía de administración, dosis, etc.

REMITO ORIGINAL Y COPIA DE ENTREGA DE LOS INSUMOS ENTREGADOS EL MES CORRESPONDIENTE A LA FACTURA, CON FIRMA, ACLARACION Y DNI DEL BENEFICIARIO O RESPONSABLE

REMITO ORIGINAL Y COPIA DE ENTREGA DE LA APARATOLOGIA CON FIRMA, ACLARACION Y DNI DEL BENEFICIARIO O RESPONSABLE. ESTE REMITO DE RENOVARA MENSUALMENTE, AUN CUANDO LOS APARATOS SE ENTREGUEN UNA SOLA VEZ.

EVOLUCION MENSUAL Y COPIA DEL BENEFICIARIO, DETALLANDO DIAGNOSTICO, ESTADO DE SALUD Y REQUERIMIENTOS ACTUALIZADOS MENSUALMENTE

ORDEN DE COMPRA

Informamos que la facturación no debe superar los 3 (tres) meses entre su fecha de presentación y el periodo facturado. -

La facturación deberá ser presentada SIN EXCEPCION, entre el 1º al 10 de cada mes en calle 35 N° 613 entre 7 y 8

Horario: 8.00 a 14.00 hs.

Consultas facturación

profefacturacion12@gmail.com // incluirsaludfacturacion@ms.gba.gov.ar