

Requisitos que deben reunir los comprobantes emitidos por las Instituciones/Profesionales por las prestaciones básicas brindadas a personas con discapacidad

### **PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES**

#### **FACTURAS/RECIBOS**

- Emitir Factura/Recibo Original, con CAE .
- Poseer Constancia de Inscripción Vigente en ARCA categorizado como: Monotributista, Responsable Inscripto en IVA o Exento en IVA.
- Emitir comprobantes válidos ante ARCA según normativa vigente:

	TIPO DE FACTURA	y/ó	TIPO DE RECIBO
Monotributista	"C"	ó	"C"
Responsable Inscripto	"A"/ "M"	y/o	"A"/ "M"/ ó "X"
Exento	"C"	y/o	"C" o "X"
Exento	---		"C"

Completar el comprobante en todos sus campos con los datos correspondientes a la prestación:

<b>Campo a completar</b>	<b>Observaciones</b>
Fecha de emisión	Fecha cronológica
Nombre/Razón Social	O.S.V.V.R.A
CUIT	30-69349438-5
Tipo Contribuyente	Responsable Inscripto
Descripción/Detalle	Tipo de prestación, cantidad de sesiones e importe unitario de cada sesión. En caso de módulos, cantidad de los mismos e importe unitario de cada uno. En los casos de facturación de diferencia x valor retroactivo la factura debe ser emitida aparte, contener "todos" los mismos conceptos (valor unitario x sesión, cantidad de sesiones, etc), pero el valor en \$ unitario facturado debe ser el de la diferencia de valor. En caso de tener autorizada la dependencia, facturar el 35% del valor de dependencia en un ítem separado de la prestación que dio origen a la misma. En caso de instituciones debe estar aclarada la categorización de la misma (A/B etc ) en caso de corresponder.
Período	Mes y año de la prestación
Beneficiario	Apellido, Nombres, CUIL del BENEFICIARIO QUE RECIBE LA PRESTACION.
Importe Facturado	El importe total de la factura debe ser igual al importe resultante de cantidad de sesiones / modulo x importe unitario.
Firma	Firma y aclaración del prestador

**PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES**  
**RECIBOS CANCELATORIOS**

Recibos A, M ó X de inscriptos (llamados **Recibos cancelatorios de facturas**)

Recibos X o C de exentos (llamados **Recibos cancelatorios de facturas**)

<b>Campo a completar</b>	<b>Observaciones</b>
Fecha de emisión	Fecha cronológica
Nombre/Razón Social	O.S.V.V.R.A
Cuit	30-69349438-5
Tipo Contribuyente	Responsable Inscripto
Domicilio	Moreno 2045 (1094) Capital Federal
Descripción/Detalle	N° completo de Factura que cancela.
Importe Cobrado	Según Factura que cancela
Firma	Firma y aclaración del prestador

No serán válidos los comprobantes con enmiendas, tachaduras o espacios sin completar. Para el caso que tuviera que salvarse lo descripto en algún campo, siempre debe ser salvado al frente del comprobante (nunca al dorso). El salvado consiste en transcribir el texto a salvar sobre el frente del comprobante seguido de la palabra "Vale", firma y aclaración de la firma si es profesional; o bien sello y firma de la persona con cargo en el caso de instituciones. Las facturas con CAE no admiten salvado de ningún tipo.

Requisitos que deben reunir los comprobantes emitidos por prestaciones de **TRANSPORTE** brindadas a personas con discapacidad

**TRANSPORTE**  
**FACTURAS/RECIBOS**

- Emitir Factura/Recibo Original, con CAE.
- Poseer Constancia de Inscripción Vigente en ARCA categorizado como: Monotributista, Responsable Inscripto en IVA o Exento en IVA.
- Emitir comprobantes validos ante ARCA según normativa vigente:

	TIPO DE FACTURA	y/ó	TIPO DE RECIBO
Monotributista	"C"	ó	"C"
Responsable Inscripto	"A"/ "M"	y/o	"A"/ "M"/ ó "X"
Exento	"C"	y/o	"C" o "X"
Exento	---		"C"

Completar el **comprobante en todos sus campos con los datos** correspondientes a la **prestación:**

<b>Campo a completar</b>	<b>Observaciones</b>
Fecha de emisión	Fecha cronológica
Nombre/Razón Social	O.S.V.V.R.A
CUIT	30-69349438-5
Tipo Contribuyente	Responsable Inscripto

Descripción/Detalle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de viajes por día y mensual.</li> <li>• Cantidad de Km recorridos por viaje y en el total del periodo.</li> <li>• Dirección de punto de partida y dirección del destino.</li> <li>• Indicar si es beneficiario con dependencia: SI ó NO</li> <li>• En caso de tener autorizada la dependencia, facturar el 35% del valor de dependencia por cada Kilómetro discriminado en la misma factura.</li> <li>• Período ó fecha de la prestación ( MM/AAAA).</li> <li>• Monto Individual (valor unitario de cada Kilómetro).</li> <li>• Sumatoria total de la prestación facturada (ver ejemplo al final del cuadro).-</li> <li>• En los casos de facturación de diferencia x valor retroactivo la factura debe ser emitida aparte, contener "todos" los mismos conceptos (dirección origen, dirección destino, cant de viajes, cant. de km, valor unitario x km, etc, pero el valor del Km facturado debe ser el de la diferencia, también discriminando el 35% de dependencia si correspondiera)</li> </ul>
---------------------	---

Período	Mes y año de la prestación
Beneficiario	Apellido, Nombres, CUIL DEL BENEFICIARIO QUE RECIBE LA PRESTACION. El importe total facturado debe ser el resultante de cantidad de
Importe Facturado	kilómetros x Importe unitario.

Firma	Firma y aclaración del prestador
-------	----------------------------------

Ejemplo comprobante transporte:

Detalle	Importe
<i>Transporte afiliado. Gonzalez Pedro (20-41520136-1) según detalle.</i>	
<i>1 viaje x día, 22 viajes mensuales de 50 Km c/u, 1100 Km totales, \$ 5 por Km. desde Junín N° 2540 (domicilio afiliado) hasta Beltrán N° 165 (CET), beneficiario con dependencia. NO; Mes de Octubre 2016;</i>	<i>\$ 5.500.-</i>
<i>1 viaje por día, 22 viajes mensuales de 10 Km c/u, 220 Km totales ; \$5 por Km. desde Beltrán N° 165 (CET) hasta Mitre N° 401 (Psicología), beneficiario con dependencia: SI, Mes de Octubre 2016</i>	<i>\$ 1.100.-</i>
<i>Dependencia 35 % \$1.75 c/Km por 220 Km totales</i>	<i>\$ 385.-</i>
<i>Total del Valor del Kilómetro con dependencia \$ 6.75</i>	
<b>Total</b>	<b>\$ 6.985.-</b>

**TRANSPORTE**  
**RECIBOS CANCELATORIOS**

Recibos A, M ó X de inscriptos (llamados **Recibos cancelatorios de facturas**)

Recibos X o C de exentos (llamados **Recibos cancelatorios de facturas**)

<b>Campo a completar</b>	<b>Observaciones</b>
Fecha de emisión	Fecha cronológica
Nombre/Razón Social	O.S.V.V.R.A
Cuit	30-69349438-5
Tipo Contribuyente	Responsable Inscripto
Domicilio	Moreno 2045 (1094) Capital Federal
Descripción/Detalle	N° completo de Factura que cancela.
Importe Cobrado	Según Factura que cancela
Firma	Firma y aclaración del prestador

No serán válidos los comprobantes con enmiendas, tachaduras o espacios sin completar. Para el caso que tuviera que salvarse lo descrito en algún campo, siempre debe ser salvado al frente del comprobante (nunca al dorso). El salvado consiste en transcribir el texto a salvar sobre el frente del comprobante seguido de la palabra "Vale", firma y aclaración de la firma si es profesional; o bien sello y firma de la persona con cargo en el caso de instituciones. Las facturas con CAE no admiten salvado de ningún tipo.