



Instructivo para completar formulario de facturación de prestadores directos

La OSUNL está realizando mejoras en su sistema de facturación. Por esta razón, se ha confeccionado una planilla en formato de Excel donde se detallan los principales datos que nuestro sistema informático requiere. El objetivo es agilizar el proceso para realizar los pagos a corto plazo.

Este archivo contiene dos pestañas, prestaciones y facturación. En las mismas, se deben volcar por separado los datos de las prestaciones realizadas y la facturación de las mismas.

A continuación se detallan los puntos a completar en el formulario:

- Imagen ejemplo de órdenes de prácticas

		ORDEN DE PRACTICA [1]		N° 9950000307752																																																
OBRA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL 9 de Julio 2852 - S3000FJN Santa Fe - Tel: 0342 4571190 E-mail: osunl@osunl.org.ar - www.osunl.org.ar		Ambulatoria Efector: SOCIEDAD DE BIOQUIMICOS Convenio: BIOQUIMICOS SFE NBU		FV C-0008-00043672 Emisión: 08/05/2013 Vencimiento: 07/07/2013																																																
Afiliado: 30787787 - RAMIREZ RODRIGO [2] Titular: 30787787 - RAMIREZ RODRIGO		 + 9 9 5 0 0 0 0 3 0 7 7 5 2 +																																																		
[3] [4]	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Cant.</th> <th>Descripción</th> <th>Componentes</th> <th>%</th> <th>Autorizado por</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000022</td> <td>1,00</td> <td>AMILASA - sérica.</td> <td>MOD</td> <td>100,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>000412</td> <td>1,00</td> <td>GLUCEMIA o GLUCOSURIA (CU)</td> <td>MOD</td> <td>100,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>000475</td> <td>1,00</td> <td>HEMOGRAMA.</td> <td>MOD</td> <td>100,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>000481</td> <td>1,00</td> <td>HEPATOGRAMA.</td> <td>MOD</td> <td>100,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>000711</td> <td>1,00</td> <td>ORINA COMPLETA.</td> <td>MOD</td> <td>100,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>000902</td> <td>1,00</td> <td>UREA, sérica.</td> <td>MOD</td> <td>100,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>000001</td> <td>1,00</td> <td>ACTO BIOQUIMICO.</td> <td>MOD</td> <td>100,00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Código	Cant.	Descripción	Componentes	%	Autorizado por	000022	1,00	AMILASA - sérica.	MOD	100,00		000412	1,00	GLUCEMIA o GLUCOSURIA (CU)	MOD	100,00		000475	1,00	HEMOGRAMA.	MOD	100,00		000481	1,00	HEPATOGRAMA.	MOD	100,00		000711	1,00	ORINA COMPLETA.	MOD	100,00		000902	1,00	UREA, sérica.	MOD	100,00		000001	1,00	ACTO BIOQUIMICO.	MOD	100,00	
Código	Cant.	Descripción	Componentes	%	Autorizado por																																															
000022	1,00	AMILASA - sérica.	MOD	100,00																																																
000412	1,00	GLUCEMIA o GLUCOSURIA (CU)	MOD	100,00																																																
000475	1,00	HEMOGRAMA.	MOD	100,00																																																
000481	1,00	HEPATOGRAMA.	MOD	100,00																																																
000711	1,00	ORINA COMPLETA.	MOD	100,00																																																
000902	1,00	UREA, sérica.	MOD	100,00																																																
000001	1,00	ACTO BIOQUIMICO.	MOD	100,00																																																
Diagnóstico:																																																				
Observación:																																																				
PRESTADOR		[5]																																																		
Matrícula:		[7]																																																		
[6]		[7]																																																		
Apellido y Nombres		Fecha / /																																																		

[1] N° de orden: Lo encontramos en el margen superior derecho de la orden de práctica. Completar los **12 dígitos** sin puntos, guiones ni espacios.

[2] Afiliado: El número de afiliado es idéntico al número de DNI. Completar el campo sin puntos, guiones ni espacios.

Paciente o afiliado			Bono	Prestación		
DOC.	Apellido	Nombres		Fecha	Código	Cant.
[2]	[2]	[2]	[1]	[7]	[3]	[4]

[3] Código: Con el número de código identificaremos el tipo de prestación realizada. Completar siempre los **6 dígitos**.

[4] Cant.: Se detalla la cantidad por prácticas realizadas.

Prestador	
Apellido y Nombre	CUIT/CUIL
[6]	[5]

[5] CUIT/CUIL del prestador: El número de CUIT/CUIL debe ser colocado con los **11 dígitos** correspondientes, sin espacios ni guiones. En caso contrario completar con 0 (cero). Ejemplo: si el DNI del prestador es 4.345.87 y su CUIL es 20-435787-3, se debe completar el campo de la siguiente manera: **20043457873**.

[6] Apellido y nombre del prestador

[7] Fecha: Colocar la fecha en la cual fue realizada la prestación.

Facturación				
Cant. de Ordenes	Tipo de Fac.	N° de Factura		Total a Fac.
[8]	[9]	[10]	[11]	[12]

[8] Cantidad de órdenes: Colocar el número de ordenes de prácticas (bonos) realizadas a cada afiliado de la OSUNL.

[9] Tipo de factura: Identificar el tipo de factura a entregar: B, C o recibo.

[10] y [11] N° de factura: Insertar el número de la factura en dos campos. Por ejemplo: 0001 (**4 dígitos**) y en el campo siguiente 00001234 (**8 dígitos**).

[12] Total a facturar: Colocar el importe total de la suma de órdenes de prácticas (bonos) realizadas y presentadas.

Efector		
Entidad	CUIT/CUIL	Especialidad
[13]	[14]	[15]

[13] Entidad: Nombre de la entidad que factura. Ejemplo: Circulo Odontológico.

[14] CUIT/CUIL de la entidad: El N° de CUIT/CUIL debe ser colocado con los **11 dígitos** correspondientes, sin espacios ni guiones. En caso contrario completar con 0 (cero). Ejemplo: si el CUIT es 20-435787-3, se debe completar el campo de la siguiente manera: **20043457873**.

[15] Especialidad: Detallar la especialidad de cada prestador.

Luego de completar el formulario, enviar una copia digital a sistemas@osunl.org.ar . También se debe presentar una copia impresa junto con la documentación requerida mensualmente.