

PRESENTAR FACTURAS (A o C) DE CURSO LEGAL, SEGÚN CONDICIÓN TRIBUTARIA:

- En original
- A mes vencido de la prestación
- Si la factura es “A” controlar que el C.A.E. esté vigente
- Indicar de acuerdo a convenio y a condición de IVA del socio los montos correspondientes a subtotales, exentos y/o gravados y alícuota de IVA aplicada

FECHAS DE PRESENTACION:

- **1 – 10 de cada mes:** Profesionales individuales, Bioquímicos, Farmacias, Ópticas, Prestadores de internación domiciliaria y Rehabilitación.
- **10 – 20 de cada mes:** Instituciones Sanatoriales, Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Círculos y Asociaciones, Proveedores.

LUGAR DE ENTREGA DE FACTURACION:

- **ZONA SUR:** Buenos Aires, AMBA, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego.

Domicilio administrativo: Combate de los Pozos 220

Código Postal: C1080AAB

Localidad: C.A.B.A.

Provincia: Buenos Aires

Teléfono: 011 – 41290100/43838850/43821874/43829630

Horario de Atención: de 8 a 17 horas

- **ZONA NORTE:** Santa Fe, Córdoba, San Juan, Mendoza, San Luis, Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Jujuy, Formosa, Chaco, Entre Ríos, Corrientes, Misiones.

Domicilio administrativo: Corrientes 880

Código Postal: S2000CTU

Localidad: Rosario

Provincia: Santa Fe

Teléfono: 0341 – 4208700/ 0810-222-72583

Horario de atención: de 8 a 17 horas

DATOS COMPLETOS DE ACA SALUD QUE DEBEN CONSTAR:

Razón Social: Aca Salud Cooperativa de prestación de servicios médicos asistenciales limitada.

Condición frente al IVA: Responsable Inscripto

C.U.I.T. Aca Salud: 30 – 60495864 – 0

Modo de Pago: Cheque por correo al domicilio de la factura o al indicado por el prestador

Transferencia bancaria por C.B.U.

EN CUERPO O DETALLE DE LA FACTURA INDICAR:

Mes de atención y tipo de presentación brindada

- EJEMPLO DE DOCUMENTOS Y DATOS A COMPLETAR PARA EL COBRO DE PRESTACIONES:

FACTURA "A" DE PROVEEDORES / PRESTADORES DE ACA SALUD

"NOMBRE #1" "NOMBRE #2" "Dirección y Teléfono"		A FACTURA	C.U.I.T.: XX-XXXXXXXX-X Ingresos Brutos: XXXXXXXXX Inicio Actividades: XX/XX/XXXX	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Dia</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Dia	Mes	Año	1		
Dia	Mes	Año								
1										
L.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO 01										
SEÑOR: ACA SALUD DOMICILIO: Datos de Aca Salud - BsAs o Rosario según corresponda										
L.V.A.	Resp. Inscripto <input checked="" type="checkbox"/>	C.U.I.T.: 30-60495864-0								
CONDICIONES DE VENTA CONTADO <input type="checkbox"/> Cta. Cte. <input type="checkbox"/>										
CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNID.	IMPORTE							
3	4	5								
	Detalle la prestación que factura.									
	Durante el mes de en el corriente año.									
	6									
			SUB TOTAL \$							
			IMPUESTO \$							
			SUB TOTAL \$							
(Completar % e importe según corresponda)			IVA INSC. % \$							
			TOTAL \$							
			9 CAE: xxxxxxxxxxxxxx							
			Vto. de Comprob.: xx/xx/xxxx							

Imprenta: DEL PUEBLO Servicios Gráficos de Domingo Bastio - Ituzingó 1013 - Rosario
 C.U.I.T. N° 20-2257-404-3 - N° de Habilitación: 10342/92 - Tel.: 0343 4829000
 Insc. de ODS: 0001-00000000-0001-00000000
 Fecha Impresión: "Fecha" - Original: Blanco - Duplicado: Color

- 1 - Fecha
- 2 - Marcar y completar
- 3 - Completar cantidad total.
- 4 - Completar datos a informar en el detalle de la factura
- 5 - Detallar monto individual de la prestación según presupuesto
- 6 - Firma y sello legible
- 7 - Completar (subtotales de acuerdo a condición de IVA)
- 8 - Sumatoria total de la prestación
- 9 - Controlar vigencia CAE

NOTA: Los puntos 3, 4 y 5 deberán completarse según el tipo de prestación o material facturado

La Nota de Débito "A" se acepta en ocasión de refacturación

- **Normas generales para el cobro de prestaciones:**

Toda enmienda debe ser salvada, de otra manera se procederá a la devolución de la factura y documentación de respaldo.

Se solicita adjuntar a cada factura la correspondiente liquidación o detalle donde deberá constar: fecha de realización, código y/o descripción de la prestación, afiliado, importe.

La documentación de respaldo deberá estar ordenada según el criterio de selección del mencionado listado.

- **Refacturaciones:** Tendrán un plazo de 60 días de la fecha de emisión del débito para su presentación. Justificación de la nueva presentación debidamente avalada.

- **Vencimientos:** El plazo será el estipulado según convenio vigente, tomando como fecha válida de recepción la correspondiente al ingreso.

- **Extranet Prestadores:** En la extranet de Aca Salud usted tiene a su disposición los siguientes servicios: Cuenta Corriente, Composición de Saldo, Actualización de Datos, Novedades.

Para acceder a la misma deberá dirigirse a la página web www.acasalud.com.ar, pestaña “Gestiones Online” y seleccionar, en el menú de la izquierda, la opción “Prestadores”. Una vez ahí deberá registrarse.