



GRUPO ROISA

Instructivo para el prestador

Presentación de facturación a Grupo ROISA

IN45 – V01 (17/07/2024)

1. Objeto y campo de aplicación

Establecer el paso a paso para la presentación de facturación a GRUPO ROISA por medio de un nuevo canal digital.

2. Desarrollo

Usted deberá presentar del 1 al 10 de cada mes la facturación correspondiente a prestaciones realizadas el mes anterior.

La facturación deberá realizarse a:

RAZÓN SOCIAL: ROI S.A.

CUIT: 30-66193106-6

CONDICIÓN FRENTE AL IVA: Responsable inscripto.

DIRECCIÓN: Reconquista 1016, 9no, CP 1003, CABA.

Importante: Toda recepción posterior a dicha fecha, será trasladada al período siguiente de pago.

Para la presentación de cada una de sus facturas (y documentación respaldatoria adjunta) por prestaciones a GRUPO ROISA deberá ingresar al siguiente QR o link:



https://b24-m7wz9k.bitrix24.site/crm_form_hvung/



GRUPO ROISA

Al ingresar, se encontrará con un formulario. **Deberá completar un formulario por cada factura que presente.**



GRUPO ROISA

Estimado prestador, por medio del siguiente formulario podrá realizar la carga de su facturación. Complete todos los datos y adjunte toda la información necesaria para evitar demoras en el proceso. Le facilitamos aquí el archivo modelo Formulario detalle de prestaciones que debe utilizar para adjuntar el detalle de las prestaciones facturadas. Ud. será informado sobre el avance de su factura durante el proceso.

En el encabezado del formulario encontrará un link con el nombre de (***“Formulario detalle de prestaciones”***) desde donde deberá descargar un archivo Excel modelo para utilizar como parte de su presentación para detallar las prestaciones incluidas en la factura presentada.

RG68 - Detalle de prestaciones Grupo Roisa - V00.xlsx							
A	B	C	D	E	F	G	H
FECHA DE ORDEN	FECHA DE REALIZACIÓN	Nº AFILIADO	DNI	CÓDIGO	CANTIDAD	MONTO	Nº DE AUTO (SI POSEE)

(*) “Fecha de realización” fecha en la que se realizó la prestación (en internación es la fecha de ingreso)

Posteriormente deberá cargar en el formulario su presentación. Detallamos ejemplos de las secciones del formulario a completar a continuación:





PRESENTACIÓN

Tipo de comprobante *

Numero de factura *
A0000100000001

FORMATO: Letra del comprobante: 1 dígito y mayúscula, Punto de venta: 5 dígitos, número de factura: 8 dígitos

Tipo de prestación facturada *

Internación

Ambulatorio

Tildar todas las opciones incluidas

Internación (monto)

Ambulatorio (monto)

Cuit *

Cargue el mismo CUIT con el que se generó la factura que está presentando

- 1) Indicar qué **tipo de comprobante** está presentando (Factura o Nota de débito).
- 2) Detallar el **número de comprobante** (en el formulario se le muestra un ejemplo de cómo colocarlo).
- 3) Luego deberá indicar qué **tipo de prestaciones** incluye su comprobante (Internación, Ambulatorio o ambos). Según su indicación se abrirán campos para detallar el **valor de cada tipo de prestación**. Colocar los montos en cada tipo de prestación (sin puntos, comas ni símbolos).
- 4) Completar el **CUIT** (sin guiones).

Fecliba

Si pertenece a red FECLIBA, este campo debe ser tildado

Recupero SUR

Si

No

La prestación ¿tiene recupero?

Fecha de emision *

Condicion frente al IVA

Exento

Gravado



- 5) Si Ud. pertenece a la **red FECLIBA**, indicarlo tildando el campo.
- 6) Indique si las prestaciones poseen o no **recupero SUR**.
- 7) Indique **fecha de emisión del comprobante** presentado (factura, etc.)
- 8) Indique **condición frente al IVA**.

Importe neto de la factura exento

Importe neto de la factura gravado

IVA.

0.0 21 10.5

Monto de IVA - L

(monto)

Monto de ingresos brutos

Importe total (\$) *

Refacturación
Si es una refacturación, este campo debe ser tildado.

- 9) Se completan a continuación todos los **detalles impositivos del comprobante** (montos sin símbolos ni puntos o comas)
- 10) Si el comprobante corresponde a una **re-facturación**, se tilda el casillero y se coloca en comentarios a qué comprobante anterior refiere. Si no es una re-facturación, dejar sin tildar el casillero.



E-mail *	ejemplo@prestador.com.ar
E-mail de facturación	
Email cobranzas *	cobranzas@prestador.com.ar
Email para débitos *	facturacion@prestador.com.ar
Forma de pago	<input type="radio"/> Transferencia <input type="radio"/> E-Cheq
CBU	
N° de cae *	
Vencimiento de cae *	

- 11) Posteriormente se cargan **emails de contactos**, teniendo en cuenta que:
- En caso de tenerlos (por contar con sectores o referentes) cargar uno para temas de facturación, otro para cobranzas y uno para débitos.
 - En caso de estar todo centralizado en un solo contacto, reiterar en cada campo el mismo email (no dejar campos de emails vacíos).
- 12) Luego debemos indicar el **modo de pago preferido** y dar los **datos para el pago** (CBU) así como indicar CAE y vencimiento de CAE del comprobante presentado.



Adjuntar factura*

+ Seleccionar un archivo

Adjuntar detalle de prestaciones (excel modelo)

+ Seleccionar un archivo

Documentación respaldatoria (Link)

Documentación respaldatoria (PDF)m

+ Seleccionar un archivo

Enviar

13) Por último podrá **adjuntar** en los diferentes campos:

- Su **comprobante en PDF** (Factura / Nota de débito),
- Excel con detalle de prestaciones** incluidas en el comprobante,
- Link o PDF con la **documentación respaldatoria** de las prestaciones incluidas en el comprobante.

Documentación respaldatoria: Prestaciones ambulatorias

Según corresponda, deberá adjuntarse la siguiente documentación respaldatoria:

- Planilla/bono de consulta.
- Orden de prestación (*1).
- Autorización (en caso que la práctica lo requiera).
- Informe de prestaciones de alta complejidad e intervencionismo.
-

(*1) En caso de corresponder, la orden de consulta y la orden de práctica o prescripción autorizada deberán cumplimentar lo siguiente:

- Fecha de prestación (día/mes/año)
- Nombre y Apellido completos.
- Edad del afiliado.
- Número de Asociado: Completar correctamente los números de credencial/DNI.
- Obra Social y plan: Plan al cual pertenece el asociado (Se obtiene de la credencial)
- Tipo de consulta (domicilio/consultorio)
- Guardia: día con horario de prestación.
- Prácticas: Diagnóstico presuntivo y/o que justifique la práctica.
- Sello o aclaración del profesional actuante.
- Firma del asociado: Conforme del asociado

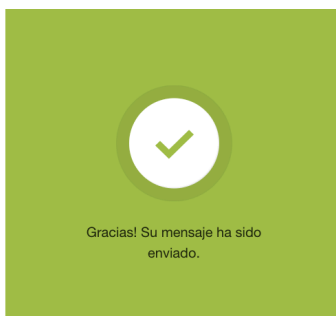


Documentación respaldatoria: Internación

- Historia Clínica hasta el alta del paciente.
- Autorización, prórrogas, etc.
- Troquel de la medicación utilizada o stickers, código o nº para trazabilidad, o imagen de envase hospitalario c/ firma y sello del responsable.
- Consentimiento Informado (internación clínica o quirúrgica).

14) Luego de revisar toda la información cargada, podrá enviar su presentación haciendo clic en el **botón de enviar**.

15) Al enviar su presentación en forma correcta, podrá ver en pantalla el siguiente anuncio:



Adicionalmente, recibirá al correo de facturación informado en el formulario un detalle resumen de su presentación.

Será informado luego del avance de su presentación en las etapas de auditoría y liquidación, administración y pago.



GRUPO ROISA