

Recomendaciones generales

IMPORTANTE

- Esta obra social brinda dicha cobertura a todos aquellos beneficiarios que por su patología no puedan hacer uso del transporte público
- De cumplirse con lo expuesto anteriormente, esta prestación se dará al beneficiario desde su domicilio y hasta los domicilios en donde se realizan los tratamientos y/o instituciones educativas cubiertos por la Obra Social, con el correspondiente regreso.
- Se reconocerá DEPENDENCIA únicamente cuando el beneficiario sea mayor de edad y requiera ASISTENCIA COMPLETA O SUPERVISIÓN CONSTANTE acreditada por FIM.
- En caso de solicitar dependencia se deberá incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.**
- Los niños deben ser trasladados bajo supervisión de familiares o tutores responsables.
- La cantidad de km que se autorizarán queda sujeta a la revisión de los recorridos presentados y restricciones de la SSS.



prestacionesdisc@fideisalud.com.ar
Bartolome Mitre 1399 - CABA
5276-4700/ 0800-345-7332

Presupuesto

Debe ser realizado en el modelo adjunto SIN E CEPCIÓN por la empresa de transporte y contar con firma y sello en original.

UNA PLANILLA POR RECORRIDO

AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ AD UNTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

- Copia de la Habilitación Municipal (Agencia y/o transporte habilitado)- VIGENTE. En caso de poseer vencimiento renovación de la misma.
- Registro habilitante de Remis/ Transporte Escolar/ Transporte Especial En caso de poseer vencimiento renovación de la misma.
- Copia de la póliza de Seguro.
- ~~WMMGEGMBRIGEMGPEV~~
- Constancia de AFIP/ Constancia de CBU.
- Mapa del menor recorrido según Google Maps, donde se constate cantidad de kilómetros entre domicilio del afiliado y destino.
- Nota datos bancarios.

Facturación



~~ADN NBNM GHEHUVHURDND GHOR IGHEM SUPHURM FER GDN EGVN GHEFD PHVDN
D GUNFFL NUBBVFICHVDFRD~~

~~D VHDHSD D NUDHUBDR XSEFBUHRHEFUER D PVPD GHEHNU
DRSD IGHED GHDVHEF PBHD DMR ND R SUHVHE IGHD
GRPHD HX NPD FRD MFRSDD ON D UHER GHD PVPD~~

~~SN HHEVN FDERN GHD QHVN VHO UHVEN B HOSUHVORR GHEHDFRD
FR HVD B FER BURHGHEM FRD HVVD SD HEN GRM VHEFREDD DN
RGDHV~~

~~(VUHVSRDGGHDSUHVORRHUHDNDUDHERBREVGHVHURDGDND
FRDR IGHEHUVHUSUHVHDD D PHVVHMX~~

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- TRANSPORTE -

Si el prestador se demora en la presentación, el pago sufrirá demoras en su liquidación.

Solo se reconocerán facturas retroactivas a 2 (dos) meses del mes calendario en curso.

Aquellos proveedores que presenten factura A o B deberán entregar en tesorería el correspondiente recibo **SIN EXCEPCIÓN**

La factura debe ser emitida SÓLO a nombre de la Obra Social completando n° de cuit y domicilio firmada por el profesional:

OSSDEB – 30-60726243-4 (IVA exento)

La facturación de todas las prestaciones se presenta a mes vencido (fin del mes trabajado).

La factura debe contener **SIN EXCEPCIÓN** los siguientes datos:

- Dirección de salida y de destino
- Cantidad de viajes de cada destino
- Cantidad de kilómetros por viaje
- Valor unitario de cada uno de los viajes
- Valor del kilómetro facturado- indicando en el caso que corresponda dependencia
- Cantidad de kilómetros totales del período
- Beneficiario al cual fue brindada la prestación (nombre y apellido completo y DNI)
- Período de prestación

Ej.: 44 viajes desde Juan D. Perón 1606 a Montevideo 126 de 12km c/u a \$ 3 por km/ \$ 36 por viaje - 528km al mes.

(SE ADJUNTA FACTURA MODELO AL FINAL DEL PRESENTE INSTRUCTIVO)

Modalidad de Cobro

Vía transferencia bancaria: los prestadores deben presentar el formulario de CBU junto con la primera factura adjuntando un comprobante impreso que pueden obtener a través del cajero automático en el cual reconfirman el número CBU.

Prestadores/proveedores:

Por disposición/comunicado del BCRA, a partir del 16/09/2016, la Cámara Compensadora Electrónica (COELSA) comenzó a validar para las transferencias cursadas a otras entidades, la coincidencia entre CBU y CUIT/CUIL/CDI del Beneficiario o Institución. Aquellas operaciones que no logren pasar la validación serán rechazadas por dicha Cámara.

(Deberá coincidir la titularidad de la cuenta bancaria con el titular/institución que reciba el pago).

Recibos

Deberán estar emitidos por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de factura emitida, dirigido a la obra social y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha de recibo
- Número completo de factura que cancela
- Emitido a nombre de OSSDEB
- CUIT OSSDEB 30-60726243-4)
- Detalle de pago por transferencia y fecha de la transferencia
- Total del recibo (verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido)
- Firma y aclaración del prestador o su representante

En caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.

El no cumplimiento ocasionará demoras en pagos posteriores hasta tanto no se complete este requisito.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- TRANSPORTE -

NOTA DATOS BANCARIOS

Información bancaria para el cobro de facturas

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE Y APELLIDO DEL PRESTADOR

.....

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO

.....

NRO. DE CUIT (COINCIDENTE CON LA FACTURACIÓN)

.....

NRO. DE CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO

.....

BANCO

.....

CBU (CORRESPONDIENTE AL CUIT DE LA FACTURACIÓN)

.....

MAIL DE CONTACTO

.....

FIRMA

ACLARACIÓN

FECHA

RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU IMPRESO DEL BANCO (VIGENTE AL AÑO EN CURSO), ATENTO A QUE EL ÚNICO MEDIO DE PAGO SERÁ LA TRANSFERENCIA BANCARIA.

En caso de efectuar una modificación en la cuenta o informar una nueva, deberá completar y enviar nuevamente este formulario a la obra social para dar conocimiento del mismo.

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- TRANSPORTE -

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE
PARA PACIENTE CON DISCAPACIDAD**

Fecha

Nombre y Apellido:

DNI N°:

DIAGNÓSTICO

.....
.....

PRESTACIÓN

Aclarar para qué prestación se solicita el traslado.

En caso de solicitar dependencia deberá ser expresamente aclarado.

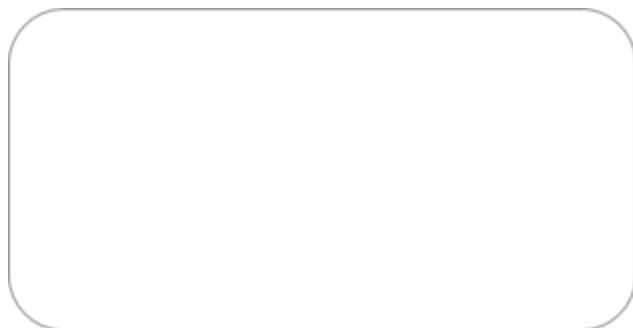
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERÍODO

DESDE MES: AÑO:

HASTA MES: AÑO:

Firma y sello del Médico tratante



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- TRANSPORTE -

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> C </div>	<p>FACTURA N° 001 - 88888888888888888888</p> <p>FECHA: </p> <p>CUIT N° ING. BRUTOS FECHA INICIO ACTIVIDADES </p>		
<p>SEÑORES: (DENOMINACIÓN DE LA OBRA SOCIAL) DOMICILIO:</p>			
<p>IVA Resp. Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> No. Resp. <input type="checkbox"/> Cons. Final <input type="checkbox"/></p>	<p>C.U.I.T (DE LA O. SOCIAL)</p>		
CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
12	<p>EN CONCEPTO DE TRASLADOS DEL AFILIADO (NOMBRE Y APELLIDO). CORRESPONDIENTE AL MES DE..... AUTORIZADOS POR DISPOSICION N°.....</p> <p>VIAJES DE IDA Y VUELTA DESDE (DOMICILIO AFILIADO) HASTA (DOMICILIO DEL PRESTADOR EJ: ESCUELA, TERAPIAS, ETC) RECORRIENDO.....KM POR VIAJE A UN VALOR \$..... POR KILOMETRO. TOTAL KMS.....</p> <p><u>(Utilizar este mismo detalle para cada uno de los traslados realizados en el mes al afiliado)</u></p> <p>TOTAL MENSUAL..... KM CON/SIN DEPENDENCIA</p> <p>FIRMA Y SELLO</p>	<p>(Valor diario x viaje)</p> <p>\$</p>	<p>(Valor mensual)</p> <p>\$</p>
TOTAL			\$

Planilla de Traslados

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita

Razón Social del Transporte

Dejo constancia que el Afiliado

Con domicilio en Fue trasladado durante el mes de 20

Hacia la prestación de Con domicilio en

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

N° DNI

Importante:
Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada Destino que realice el Afiliado.
Ejemplo: Traslado a Escolaridad + Traslado a Kinesiología = Adjuntar 2 Planillas.

Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión _____ Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido _____ N° DNI

N° Beneficiario / CUIL

Datos de la Empresa de Transporte

Nombre y Apellido/ Razón Social _____

Domicilio _____ Teléfono

E-mail _____ N° CUIT

Habilitación emitida por: _____ Compañía de Seguros _____

Condición frente al IVA _____ Prestación con Dependencia Sí No

Recorrido

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar), acompañado de su respectivo mapa.

IDA **VUELTA** Beneficiario se traslada a la prestación

Desde Calle: _____ N° Localidad _____

Hasta Calle: _____ N° Localidad _____

Horarios	lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Período	Desde	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>	Año	<input type="text"/>						

Km diarios Km semanales Km mensuales Valor Km

Precio Total Mensual del Presupuesto

(Sumatoria de los precios de los distintos traslados) en \$

Firma, Aclaración y Sello del responsable de la Empresa Transportista/ Prestador

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2023

- TRANSPORTE -

Diagrama de traslados

Consentimiento

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención: Localidad/Provincia:
.....

Teléfono:

Nombre beneficiario: DNI:

TRASLADOS

PARTIDA _____
DESTINO _____
VIAJES/DÍA _____
KM/VIAJE _____
IMP (\$) / KM _____
IMP (\$) DIARIO _____

Dependencia (s/n):.....Monto mensual (\$):

Apoyos específicos en caso de DEPENDENCIA.....

Período traslados DESDE _____ HASTA _____

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (marcar con una cruz los días de traslados)

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes

Observaciones

Firma y aclaración del responsable del transporte

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario _____

DNI _____

Firma y aclaración beneficiario o representante

DNI

Lugar y fecha de consentimiento

POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS