

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2024

TRANSPORTE

prestacionesdisc@fideisalud.com.ar
(11) 5276-4700 / 0800-345-7332
Bartolomé Mitre 1399 - CABA



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 6 años 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

Bartolomé Mitre 1399 – CABA

5276-4700/ 0800-345-7332

Presupuesto

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

UNA PLANILLA POR RECORRIDO

AL PRESUPUESTO SE DEBERÁ ADJUNTAR 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.
- Verificación Técnica Vehicular. (VTV)
- 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

IMPORTANTE

Las facturas deberán ser enviadas dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles de cada mes a la dirección de mail; facturaciondisc@fideisalud.com.ar

Solo se aceptará una factura/periodo/afiliado por correo electrónico, la misma debe venir acompañada de planilla de asistencia (modelo adjunto), la no presentación de la documentación en forma conjunta y completa dará lugar al rechazo de la misma.

Ante eventuales cambios de los valores según resolución S.S.S. el prestador deberá consultar con esta O.S. como proceder o consultar nuestra página web donde se comunicarán las novedades.

Es responsabilidad del prestador entregar las facturas en condiciones de ser liquidadas, caso contrario deberán ser presentadas al mes siguiente.

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

Solo se reconocerán facturas retroactivas a 1 (un) mes 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.

OSSDEB – 30-60726243-4 (Responsable Inscripto)

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 - 528 km 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 reconfirmen 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 misma.
- 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.

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 Y ACLARACION:

.....

.....

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.

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO:

FECHA: / / DNI/LE/CI/LC:

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES/TUTOR:

TURNO HORARIO:

HERMANOS:

ACTIVIDAD HERMANOS:

TURNO HORARIOS:

DIAGNÓSTICO: DSM IV:

DEFICIENCIA:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA

(que incluya la descripción de los motivos que impiden la utilización del transporte público con acompañante):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MÉDICO SOLICITANTE:

FIRMA:

SELLO/ACLARACIÓN:



PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Fecha: / /

Nombre y Apellido:

DNI Nº:

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



<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">C</div>	<p style="text-align: center;">FACTURA</p> <p style="text-align: center;">N° 001 – XXXXXXXXXXXXXXXXX</p> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; margin: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin: 2px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: right;">FECHA:</p>		
<p>SEÑORES: (DENOMINACION DE LA OBRA SOCIAL)</p> <p>DOMICILIO:</p>			
<p style="text-align: center;">Resp. Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/></p> <p>IVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">C.U.I.T: (DE LA O.SOCIAL)</p>		
CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
12	<p>EN CONCEPTO DE TRASLADOS DEL AFILIADO (NOMBRE Y APELLIDO) CORRESPONDIENTE AL MES DE</p> <p>VIAJES DE IDA Y VUELTA</p> <p>DESDE (DOMICILIO DEL AFILIADO)</p> <p>HASTA (DOMICILIO DEL PRESTADOR) Ej: ESCUELA, TERAPIAS, ETC.)</p> <p>RECORRIENDOKM POR VIAJE A UN VALOR \$..... POR KILOMETRO.</p> <p>TOTAL KM.....</p> <p><u>(Utilizar este mismo detalle para cada uno de los traslados realizados en el mes al afiliado).</u></p>	<p>(Valor diario por viaje)</p> <p style="text-align: center;">\$</p>	<p>(Valor mensual)</p> <p style="text-align: center;">\$</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/la Afiliado/a:

Con domicilio en:

Fue trasladado durante el mes de: de 20.....

Hacia la prestación de:

Con domicilio en:

Día	Fecha	Firma del Titular/Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		

Día	Fecha	Firma del Titular/Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		

Día	Fecha	Firma del Titular/Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		

Día	Fecha	Firma del Titular/Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		

Día	Fecha	Firma del Titular/Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		

Firma del Titular o Tutor

Aclaración

IMPORTANTE

Se deberá anexar 1(una) Planilla por cada destino que realice el/la Afiliado/a.

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

Email:.....@..... CUIT N°:

Habilitación emitida por..... Compañía de seguros.....

Condición frente al IVA..... Prestación con dependencia: SI 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.....

Desde Calle:..... N°: Localidad.....

Horarios	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Periodo Desde Hasta Año

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".

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 (\$):

Ayodos 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

