OSSdeB
Fideicomiso
"Obra Social de Serenos
de Buques - Fideisalud S.A."

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2027

TRANSPORTE

prestacionesdisc@fideisalud.com.ar / 0800-345-7332 Tte. Gral. Juan Domingo Perón 1606 - CABA

RECOMENDACIONES GENERALES

● Esta obra social brinda dicha cobertura a todos aquellos beneficiarios que por su diagnóstico 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 menores de 6 años 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 | Tte. Gral. Juan Domingo Perón 1606 – CABA | Tel: 0800-345-7332

PRESUPUESTO

Debe ser realizado en el modelo adjunto por la empresa de transporte y contar con firma y sello. Se deberá confeccionar un presupuesto 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 ARCA / Comprobante 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

Los comprobantes deberán ser enviados en el formato de descarga ARCA respetando el siguiente orden: CUIT_TipoComprobante_PuntodeVenta_NumeroComprobante.pdf

● Las facturas deberán ser cargadas dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles de cada mes en la plataforma web de la obra social: https://tramites.ossdeb.com.ar/webOSSdeB/prevkit.php
● Solo se aceptará una factura por período, por afiliado, de la misma prestación. La misma debe cargarse acompañada de planilla de asistencia (modelo adjunto), la no presentación de la documentación en forma conjunta y completa dará lugar al rechazo de la factura.
● En caso que el prestador se demore en la presentación, el pago sufrirá demoras en su liquidación. Solo se reconocerá facturación retroactiva a 1 (un) mes del calendario en curso. No se aceptarán facturas presentadas fuera de ese término.
● Es responsabilidad exclusiva del prestador entregar las facturas en condiciones de ser liquidadas.
● Si el prestador desea conocer las normas de facturación, solicitar un instructivo para utilizar la plataforma web u otras consultas relacionadas con las facturas y/o pagos, puede comunicarse con: **facturaciondisc@fideisalud.com.ar**

Aquellos proveedores que presenten factura A o B deberán entregar en tesorería el correspondiente recibo.La factura debe ser emitida a nombre de la Obra Social completando Nº de CUIT y domicilio.

OSSDEB – 30-60726243-4 (IVA EXENTO)

La facturación de todas las prestaciones se presenta a mes vencido.

La factura debe contener 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.

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 confirmen 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 ARCA, 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 el 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 Nº DE DOCUMENTO: _____

Nº DE CUIT (COINCIDENTE CON LA FACTURACIÓN): _____

Nº DE CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO: _____

BANCO: _____

Nº DE 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.

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 tratante

_____

Firma y sello del Médico tratante

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 informado.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PERÍODO

Desde mes: _____ Año: _____

Hasta mes: _____ Año: _____

_____

Firma y sello del Médico tratante

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 2027. Hacia la prestación de _____ _____ .

Con domicilio en _____

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor	Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor
lunes					lunes				
martes					martes				
miércoles					miércoles				
jueves					jueves				
viernes					viernes				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor	Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor
lunes					lunes				
martes					martes				
miércoles					miércoles				
jueves					jueves				
viernes					viernes				

Día	Fecha	Hora ingreso	Hora egreso	Firma titular o Tutor
lunes				
martes				
miércoles				
jueves				
viernes				

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 y 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 ($): _____

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.