



Instructivo: **TRANSPORTE**

Debe presentarse toda la documentación con un plazo de antelación de por lo menos 45 días al inicio de la prestación.

Para agilizar la autorización, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Verifique que la documentación que obra en su poder coincida con la solicitada para cada caso.
- Controle que esté confeccionada según las instrucciones adjuntas.
- Por favor, presentar la documentación digital en forma completa (no parcial), sin enmiendas ni tachaduras, con firma y sello en todas las hojas.
- La documentación solicitada está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales y/o evaluaciones correspondientes.

“IMPORTANTE”:

Para evaluar la autorización de la prestación debe presentarse por correo electrónico a: integracion@osiadsalud.org.ar

Para comenzar el tratamiento, sin excepción, debe esperar la autorización de la obra social.

No se reconocerán prestaciones brindadas sin autorización previa de la Obra Social, ni en forma retroactiva mayor a 30 días.

Documentación requerida para evaluar la autorización de la prestación:

a) Del Beneficiario:

Copia del **certificado de discapacidad** vigente

Certificado de alumno regular del año en curso o de concurrencia a Centro Educativo (de corresponder)

Conformidad Prestacional: se adjunta modelo

Nota de la Secretaria de Transporte Municipal u Organismo regulador transporte donde figure que no existe recorrido de transporte público en el trayecto o si existiese algún otro tipo de inconveniente para la utilización de este tipo de transporte

b) Del médico especialista tratante:

Solicitud de Transporte para Discapacidad: se adjunta modelo. A completar con igual fecha que la prescripción fundamentando la necesidad de transporte diferenciado.

Prescripción del médico tratante: debe constar:

Apellido y nombres

Nº de Beneficiario

Prestación solicitada: Transporte a Rehabilitación o;
Transporte a Escuela (por separado)

Recorrido: desde su residencia (calle, Nº y localidad)
hasta lugar de llegada (calle, Nº y localidad)

Período por el cual se solicita: (desde/hasta – mes/mes/año)

Frecuencia semanal (ejemplo: 3 veces por semana)

Diagnóstico

Fecha de prescripción anterior al inicio del tratamiento

Firma y sello



Resumen de historia clínica que fundamente adecuadamente lo solicitado. Debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros, ya sea por dificultades motoras y/o conductuales. Fecha anterior al inicio de la prestación.

a) Del Prestador:

Presupuesto Prestacional se adjunta modelo. Debe constar teléfono y correo electrónico del prestador.

Mapa del recorrido (aplicación google maps) que constate los kilómetros presupuestados.

Copia de la **habilitación del transporte**

Copia del **carnet de conducir** vigente

Compañía de Seguros - **Póliza** vigente

Copia del **certificado de VTV** vigente

Constancia de **inscripción en A.F.I.P. e Ingresos Brutos** vigente

Consulta CBU (debe corresponder a la razón social -CUIT- de la facturación presentada)

Aclaración:

El módulo de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. Este beneficio será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24314, art 22 inc a).

Cuando se solicite el servicio de transporte especial para concurrir a centro educativo común, se deberá adjuntar constancia de alumno regular a los fines de acreditar dicha concurrencia.

Facturación mensual: MECANISMO INTEGRACIÓN:

- Planilla de Asistencia: se adjunta modelo
- Enviar factura PDF emitida por Afip únicamente (no se aceptará foto o escaneada) y constancia de asistencia mensual a facturacion.integracion@osiadsalud.org.ar indefectiblemente hasta el día 10 del mes siguiente al período facturado para ser ingresada en carpeta vigente de Mecanismo Integración.
- De presentarla desde el día 11 hasta el último día hábil del siguiente mes al período facturado, se ingresará en carpeta siguiente de Integración.
- Después del plazo indicado, se considerará presentación fuera de término.
- Instructivo factura: se adjunta
- A quien le informe el pago, deberá presentar la constancia cancelatoria que corresponda. Ante la falta de recibo firmado se limitará la transferencia del siguiente pago disponible.



CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN

ANEXO II

Datos del Beneficiario

Apellido y nombre: _____

Número de Afiliado: _____

Teléfono: _____

Mail del afiliado: _____

Yo _____ con Documento Tipo (____) N° _____,

doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detalla/n y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma

Aclaración

Si el firmante no es la persona con discapacidad completar:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de _____

manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración y DNI



PLANILLA JUSTIFICACIÓN DE TRANSPORTE

Apellido/s y nombre/s _____

DNI _____ Afiliado Nº _____

IMPORTANTE

Si el beneficiario es menor, debe viajar acompañado por un familiar adulto o tutor sin excepción.

Solo por el Médico

Patología _____

Diagnóstico _____

_____ DSM IV-CIE X _____

Solicitud de transporte (motivo y justificación médica) _____

Firma y sello
Médico de Cabecera

Solo por el Médico Auditor

Consignar los ejes _____

Firma y sello
Médico Auditor



PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: _____/_____/_____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yocon Documento Tipo (.....) N°
, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde
hasta.....

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:



TRANSPORTE - FACTURACION

Sr. Prestador

Las facturas correspondientes a Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad deben ser:

- ✓ en forma mensual e individual (por cada beneficiario) con factura “B” o “C” electrónica (adjuntar validación de Afip) emitidas con los siguientes datos:

Encabezado:

- ✓ Fecha de confección
- ✓ Nombre de la obra social: Obra Social para el Personal de la Industria Aceitera Desmotadora y Afines - OSIAD
- ✓ CUIT: 30-58331882-4
- ✓ I.V.A.: Exento
- ✓ Condición frente al IVA: Exento
- ✓ Domicilio: Avda. Belgrano 1370 – 2º P – (1093) C.A.B.A.
- ✓ Período facturado desde: primer día del mes facturado - Hasta: último día del mes facturado

Detalle:

- ✓ Nombre y apellido del beneficiario
- ✓ Nº de C.U.I.L.
- ✓ Nº de Beneficiario
- ✓ Mes y año de los traslados
- ✓ Indicar a que prestación (Escuela / Rehabilitación / Centro de Día / CE.T. / etc.)
- ✓ Indicar recorrido: desde el domicilio de origen (calle, altura y localidad) hasta domicilio de llegada (calle, altura y localidad)
- ✓ Cantidad de Km recorridos (ida y vuelta) por viaje.
- ✓ Cantidad de viajes mensuales
- ✓ Cantidad de Km recorridos (ida y vuelta) por mes. Costo mensual.
- ✓ **En cantidad: el total de los kilómetros mensuales.**
- ✓ **En precio unitario: el arancel por kilómetro**

El no cumplimiento de alguno de los ítems enunciados, será motivo de demora en la liquidación hasta recibir nota aclaratoria.

IMPORTANTE:

- Enviar factura PDF emitida por AFIP únicamente (no se aceptará foto o escaneada) y constancia de asistencia mensual a facturacion.integracion@osiadsalud.org.ar indefectiblemente hasta el día 10 del mes siguiente al período facturado para ser ingresada en carpeta vigente de Mecanismo Integración.
- De presentarla desde el día 11 hasta el último día hábil del siguiente mes al período facturado, se ingresará en carpeta siguiente de Integración.
- Después del plazo indicado, se considerará presentación fuera de término.

A quien le informe el pago, deberá presentar la constancia cancelatoria que corresponda. Ante la falta de recibo firmado se limitará la transferencia del siguiente pago disponible.



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL

TRANSPORTE A ESCUELA

Completar con lapicera azul

Prestador _____ N° _____

Domicilio _____

E-Mail _____ Tel. _____

Apellido y nombre del beneficiario _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

Prestación transporte a: (indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o razón social de la Institución)

Período (mes y año) _____

IDA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____

Hasta calle _____ N° _____ Localidad _____

Km por viaje _____ Cantidad de viajes mensuales _____

VUELTA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____

Hasta calle _____ N° _____ Localidad _____

Km por viaje _____ Cantidad de viajes mensuales _____

Total de km por día _____ Cantidad de días/mes _____

Total de km mensuales _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

TRANSPORTISTA

Firma del Responsable de la Institución

Firma

Firma

Aclaración

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI

DNI



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL TRANSPORTE A REHABILITACION Completar con lapicera azul

Prestador _____ Nº _____

Domicilio _____

E-Mail _____ Tel. () _____

Apellido y nombre del Beneficiario _____

DNI Nº _____ Afiliado Nº _____

Prestación _____

Período (mes y año) _____

Fecha dd/mm/aa	Horario	Cantidad de Sesiones	Firma del Profesional	Firma del Familiar o Responsable

Aclaración para el afiliado: las planillas deben firmarse el último día del mes. Nunca deben firmarse las planillas en blanco, ni firmar días que no se prestó el servicio de transporte.

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

TRANSPORTISTA

Firma del Responsable de la Institución

Firma

Firma

Aclaración

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI

DNI



Recibos como comprobante de cancelación de deuda:

El Agente del Seguro de Salud, deberá conservar la documentación específica que refleje fehacientemente la cancelación de las Facturas desde la cuenta bancaria DISCAPACIDAD:

Recibo emitido por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de factura emitida, dirigido al Agente de Salud y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha.
- Número completo de factura que cancela.
- En el 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.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
- Total del recibo. Verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por débitos se deberá adjuntar: Fotocopia de planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello de Contador y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

Cuando se efectúen retenciones de impuestos se deberá adjuntar copia de los comprobantes de retención.

Cuando el recibo emitido no contenga todos los datos mencionados, deberá complementarse con Liquidación de Pago emitida por el Agente del Seguro de Salud (en donde se detalle los datos mencionados) y firmada por el prestador. O adjuntar nota firmada y sellada por el prestador detallando los datos faltantes en el recibo original.

El mismo criterio se deberá utilizar cuando se trate de la cancelación de una Factura sin obligación de emitir recibo por parte del prestador {Facturas C}.

Las Liquidaciones de Pago emitidas por el Agente del Seguro de Salud podrán incluir la cancelación de más de una factura.