

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

2026

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 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
Bartolomé Mitre 1399 – CABA
5276-4700 / 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

IMPORTANTE

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

CUIT_TipoComprobante_PuntoVenta_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.oscep.com.ar/weboscep/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.
- En caso de que se actualicen los valores del nomenclador de un período ya facturado deben confeccionar otro comprobante por la diferencia del valor actual. DE NINGUNA MANERA SE DEBEN ANULAR FACTURAS YA PRESENTADAS.
- 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.

OSCEP – CUIT 30-67789609-0 (Responsable Inscripto)

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.

(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 ARCA, conteniendo los siguientes datos:

- Fecha de recibo.
- Número completo de factura que cancela.
- Emitido a nombre de OSCEP.
- CUIT (30-67789609-0).
- 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 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: _____

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 N°: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PRESTACIÓN:

Aclarar para qué prestación se solicita el traslado.

En caso de solicitar dependencia deberá ser expresamente aclarado.

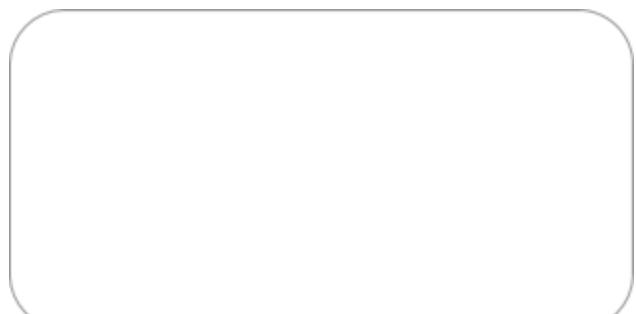
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERÍODO

DESDE MES: AÑO:

HASTA MES: AÑO:

Firma y sello del Médico tratante



C

FACTURA

N° 001 – XXXXXXXXXXXXXXXXX

□ □ □

FECHA:

SEÑORES: (DENOMINACION DE LA OBRA SOCIAL)

DOMICILIO:

Resp. Inscripto Monotributo

IVA

C.U.I.T: (DE LA O.SOCIAL)

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 DESDE (DOMICILIO DEL AFILIADO) HASTA (DOMICILIO DEL PRESTAODR) 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>\$</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/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 _____

Nº DNI _____ Nº 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 trasladados) 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 (\$): _____

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

