



DOCUMENTACIÓN TRANSPORTE

Para la renovación y/o inicio de nuevos trámites de beneficiarios pertenecientes a esta Obra Social, el **PRESTADOR DE TRANSPORTE deberá entregar al beneficiario la documentación abajo detallada, SIN ELLA NO SE INGRESARA EL TRÁMITE. No se dará curso al pedido de cobertura para el año 2020, si existiere pendiente de presentación documentación solicitada para el año 2019.**

1. **PRESUPUESTO ORIGINAL** del transporte, que deberá cumplir con los siguientes requisitos:
 - 1.1. **Debe estar dirigido a la O.S.C.T.C.P. (NO UTA)**
 - 1.2. Razón social
 - 1.3. Número de C.U.I.T.
 - 1.4. Dirección, Localidad, Teléfono y correo electrónico (MAIL).
 - 1.5. **Datos del Beneficiario:** Apellido, Nombre y DNI.
 - 1.6. **Fecha Exacta de Emisión del presupuesto: Día, Mes y Año.**
 - 1.7. **La fecha del presupuesto deberá ser anterior al inicio del período de prestación y posterior a la fecha de la prescripción médica** (EJ: si la prestación comienza en Marzo, el presupuesto debe indicar fecha anterior a Marzo. No se puede indicar fecha del 5-03-2020, si la prestación comenzó el 1º de Marzo)
 - 1.8. **Debe constar expresamente el período de la prestación.** El módulo y período de cobertura presupuestado debe coincidir con la orden de prescripción médica (**Desde que Mes hasta que Mes**)
En el presupuesto del transporte deberá indicar:
 - Período de cobertura.
 - Dirección de partida y destino
 - Cantidad de km. diarios, Total de Kms. Mensuales, cantidad de días mensuales de traslado, valor por km, valor total mensual. El valor del km \$ 22.90 según Resolución Nº 4/19. El mismo deberá ser actualizado según la resolución vigente al momento del ingreso del trámite.
 - **LOS PRESUPUESTOS DEBEN ESTAR FIRMADOS, ACLARADOS Y CON D.N.I. SIN EXCEPCIÓN POR EL PRESTADOR QUE CORRESPONDA.**
2. **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (sin excepción):** **habilitación de transporte, habilitación de autos, seguro vigente, póliza de seguro e Inscripción en AFIP** de remis, micro escolar, y/o transporte especial. Tratándose de transporte escolar, deberá presentar en copia libreta sanitaria y copia del DNI de la celadora.
 - 2.1. **Habilitación Municipal** vigente de transporte (Tratándose de transporte escolar, deberá presentar en copia libreta sanitaria y copia de DNI de la celadora) emitida por la Municipalidad o Gobierno de la Ciudad.
 - 2.2. **Habilitación de agencia de Remises** (Tratándose de un Remis)
 - 2.3. **Habilitación de autos** (Tratándose de un Remis)
 - 2.4. **Constancia de Seguro vigente.**

- 2.5. Póliza de seguro vigente.
- 2.6. Diagrama de Traslados para transporte
- 2.7. Inscripción en AFIP.

SIN LA DOCUMENTACION SOLICITADA, NO SE AUTORIZARA LA PRESTACIÓN.

3. **CONSENTIMIENTO.** Debe tener la misma fecha de emisión que el presupuesto. Completar según corresponda un consentimiento por cada TRASLADO:
4. Cada presupuesto **sin excepción**, debe venir abrochado con el mapa de recorrido (el mismo debe ser sacado de internet) a fin de que la auditoria medica lo evalúe. **NO SE AUTORIZARA AQUEL PRESUPUESTO QUE NO INDIQUE LOS KILOMETRAJES EXACTOS.**
5. **NO SE AUTORIZARA DEPENDENCIA CUANDO NO ESTE JUSTIFICADA (Ver Aclaraciones Importantes).**
6. POR IGUAL VIAJE, SE AUTORIZARÁ IGUAL KILOMETRAJE QUE EL AÑO ANTERIOR.
7. **EL INGRESO DEL TRAMITE A LA OBRA SOCIAL NO IMPICA SU AUTORIZACION. SIN AUTORIZACION DE LA OBRA SOCIAL NO SE CUBRIRA LA PRESTACION.**

ACLARACIONES IMPORTANTES

- Se reconocerá el traslado desde el domicilio del beneficiario hasta el lugar de atención y viceversa.
- **Se reconocerá "Dependencia" únicamente con la presentación de la ESCALA FIM (Resolución 1511/12), y la orden genérica de traslado (confeccionada por el médico de cabecera donde indica traslado con dependencia) e informe del personal interviniente en el área de orientación prestacional y de la auditoria medica de la O.S.C.T.C.P.**
- Asimismo **sólo se reconocerá el traslado autorizado por la auditoria médica.**
- El trámite es **ANUAL**, por lo cual, cualquier cambio que se produzca posteriormente a la presentación y autorización del trámite inicial, deberá ser informado POR ESCRITO. La Obra Social no puede tomar conocimiento de las modificaciones en forma verbal y/o telefónica.
- Ante la disconformidad del beneficiario con el prestador, deberá notificar por escrito a la Obra Social, siendo el caso evaluado por el Área de ORIENTACIÓN PRESTACIONAL Y AUDITORIA MÉDICA para emitir dictamen y conducta a seguir. A continuación se ejemplifican alguna de las distintas situaciones:
 - Fallecimiento del Beneficiario
 - Cambio de Domicilio del prestador o beneficiario
 - Baja o Cambio de Obra Social
 - Cambio de Prestador (El cambio deberá presentarse dentro de los 30 días de realizado, luego de este plazo no se reconocerá)

LA DOCUMENTACIÓN DEBERA ESTAR COMPLETA. NO SE RECIBIRAN TRÁMITES EN LOS CUALES FALTEN DATOS O DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.

ASIMISMO NO SE ACEPTARA DOCUMENTACIÓN ILEGIBLE, TACHADA, ENMENDADA CON CORRECTOR O DETERIORADA.

REQUISITOS PARA FACTURACIÓN

- La facturación deberá ser presentada por el prestador a mes vencido, del 1 al 10 de cada mes en Mesa de Entrada, Moreno 3053 C.A.B.A. C.P: 1209, de Lunes a Viernes de 9 a 16.00 Hs. LA MISMA DEBERA ADAPTARSE A LA RESOLUCION 276/18, LA CUAL INDICA QUE EL PERIODO DE COBERTURA ES DE HASTA 2 MESES ANTERIORES A PARTIR DEL PERIODO DE PRESTACION En la descripción deberá constar: NOMBRE COMPLETO del beneficiario, Nº de D.N.I., TIPO DE PRESTACIÓN BRINDADA, DOMICILIO EXACTO DE PARTIDA Y DE LLEGADA indicando el nombre de la Institución, KILOMETROS RECORRIDOS DIARIOS, KILOMETROS RECORRIDOS MENSUALES, VALOR X KM, VALOR TOTAL MENSUAL, CANTIDAD MENSUAL DE DIAS DE TRASLADO , **CANTIDAD DE VIAJES DIARIOS REALIZADOS**; especificar el mes y el año facturado.
- Asimismo acompañando a la factura se deberá adjuntar la planilla de asistencia mensual del beneficiario FIRMADA POR EL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO con aclaración de firma, número de D.N.I. y tipo de parentesco.
- En caso de prestadores nuevos DEBEN INGRESAR:
 - **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR** firmado y sellado por el prestador.
 - **CONSTANCIA DE CBU:** emitido y firmado por autoridad de entidad bancaria donde dicha cuenta deberá pertenecer indefectiblemente a la persona que figure en el alta y quien le brinde la prestación al beneficiario. TODOS LOS PRESTADORES DEBERAN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA (Caja de Ahorro y/o Cuenta Corriente).
 - **INSCRIPCION EN AFIP.**
 - **FORMULARIO DE INSCRIPCION DE IMPUESTO A LAS GANANCIAS E IMPUESTO A LOS INGRESOS BRUTOS.** En caso de estar exentos deberán presentar los comprobantes de exención o exclusión (de corresponder)
- **NO SE ACEPTARÁN FACTURAS QUE SE ENCUENTREN TACHADAS, ENMENDADAS CON CUALQUIER TIPO DE CORRECTOR, SALVADAS o DETERIORADAS. NO SE ACEPTARÁ CAMBIO DE TINTA.**
- Ante un cambio de resolución que modifique los aranceles debe estar indicada en la factura la Resolución que corresponde.

**LAS PRESTACIONES SOLO SERÁN RECONOCIDAS TENIENDO LA AUTORIZACIÓN DE PRESUPUESTO
POR ESCRITO DE LA OBRA SOCIAL**

Para consultas comunicarse al sector de Prestaciones Discapacidad de O.S.C.T.C.P.

Teléfono: (011) 4011-5100 Interno: 129-130 o enviar mail a tramites.discapacidad@uta.org.ar

Teléfono Área Servicio Social: 4011-5100 Interno 128

Para consulta de Facturación comunicarse al Teléfono: (011)4011-5100 Interno 148 o enviar mail a controlfdiscapacidad@uta.org.ar