

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA LA COBERTURA DE TRANSPORTE

La documentación aquí detallada, deberá ser remitida por **medios digitales** a nuestra Administración a los efectos de brindar cobertura en prestaciones de rehabilitación para el año 2022.

Con el objetivo de agilizar la gestión, la presentación de la misma deberá realizarse dentro de los 30 días anteriores al inicio del tratamiento ya que requiere ser evaluada y autorizada previamente por Auditoría Médica.

POR PARTE DEL BENEFICIARIO

1. **Copia del Certificado de Discapacidad Vigente**
2. **Historia Clínica:** deberá aclarar: edad, diagnóstico, tratamientos que realiza, evolución en el último año y estado actual del paciente. La fecha de la Historia Clínica debe ser igual a la de la prescripción y debe estar firmada y sellada al pie.
3. **Prescripción Médica:** confeccionada por el médico tratante. Debe indicar y fundamentar adecuadamente la necesidad de la utilización de transporte a través de datos clínicos relevantes que justifiquen la imposibilidad de la utilización gratuita del transporte público de pasajeros. La indicación médica deberá detallar período de la prestación (ej: enero a diciembre) y tener fecha previa al inicio de la utilización del transporte. Además deberá estar aclarado y fundamentado si se trata de un paciente dependiente conforme al índice de independencia funcional.
4. **Nota de Consentimiento:** Diagrama de Traslados (Anexo I): a completar por el beneficiario o su representante y el transportista, detallando cronograma de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje (completar a continuación el Anexo I).

POR PARTE DEL TRANSPORTISTA

1. **Copia de Habilitación Municipal de la empresa.**
2. **Copia de última Inspección Municipal y certificado de verificación técnica vehicular.**
3. **Copia de pago de los 3 últimos meses de seguro.**
4. **Copia de Carnet de conducir del chofer.**
5. **Planilla FIM:** en caso de solicitar cobertura diferencial por dependencia, deberán remitir un informe basado en la determinación del índice de independencia Funcional (FIM), confeccionado por Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.
6. **Formulario de Alta / Actualización de Prestadores:** es de suma importancia que se cumplimenten los datos solicitados dado que permitirán contar con la información adecuada al momento de la emisión del pago.

IMPORTANTE

- Sin Certificado de Discapacidad Vigente, no se cubrirá ninguna prestación.
- Estos datos también deben estar expuestos en la factura remitida a la Obra Social.
- No se aceptará documentación tachada o enmendada.
- En caso de utilizar el transporte para trasladarse a la institución educativa, presentar **certificado de alumno regular**.
- Las autorizaciones se emitirán por períodos prolongados de hasta 1 año (dentro del mismo año calendario) por lo tanto se deberá presentar la documentación de manera anual (por ejemplo de enero a diciembre).
- Tener en cuenta los plazos dispuestos para la presentación de la documentación. El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta exclusiva responsabilidad del prestador. La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no da derecho al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización.

NOTA DE CONSENTIMIENTO: DIAGRAMA DE TRASLADO

Anexo 1

(A completar por el beneficiario o su representante y el transportista.)

Lugar y Fecha de Emisión: _____ Razón Social del Prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario: _____ D.N.I.: _____

TRASLADOS					
Partida	Destino	Viajes/Día	Km/Viaje	IMP(\$)/KM	IMP(\$)/Diario

Dependencia (S/N): _____ Monto mensual (\$): _____

Período traslados: _____ Desde: _____ Hasta: _____

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (marcar con una cruz los días de traslado)						
DÍAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones: _____

 FIRMA RESPONSABLE DEL TRANSPORTE

 ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al

Beneficiario: _____ D.N.I.: _____ Nro. Beneficiario: _____

 FIRMA BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

 ACLARACIÓN Y D.N.I. FIRMANTE

 LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO

DATOS

Solicitante:	Fecha de pedido:	/	/
Razón Social - Nombre del prestador:	Fecha de Nac.:	/	/
Matrícula:	N° inscripción S.S.S:	Especialidad:	
Domicilio legal:	Localidad:	Provincia:	
C.P.:	Tel. Particular:	E-mail:	
Domicilio Laboral:	Tel. Laboral:		

TIPO DE CONVENIO

Profesional directo Óptica Farmacia Convenio directo (clínica, sanatorio, órgano colegiado) Proveedor

CONTACTO

Apellido y Nombres: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Horario de atención: _____

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (SÓLO CONVENIOS Y PROGRAMAS ESPECIALES)

- Comprobante de C.B.U. emitido por entidad bancaria.
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.S.
- Copia del título.
- Habilitación Municipal (sólo farmacias, ópticas).
- Habilitación e inscripción en el Colegio de Farmacéuticos (sólo farmacias).
- Curriculum vitae (sólo Profesional directo).
- Carpeta institucional (sólo Convenios directos).
- Estatuto (para Asoc. Civiles, Mutuales, Cooperativas).
- Listado de prestaciones que brinda junto con los aranceles pretendidos para las mismas (sólo convenios).
- Fotocopia de DNI.

DATOS IMPOSITIVOS

CUIT N° (Adjuntar constancia de inscripción vigente): _____

N° Ingresos Brutos (Adjuntar constancia de inscripción vigente – CM01 y CM05 de corresponder –): _____

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IVA
 Responsable Inscripto Exento Monotributista Proveedor del Exterior Pequeño contribuyente Eventual

 Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

 Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

 Agente de Retención (ex RG 18): Si NO Agente de Percepción (ex RG 3337): Si NO

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IMP. A LAS GANANCIAS
 Responsable Inscripto Responsable No Inscripto Monotributista Exento (adjuntar certificado de Ex.) Otro

 Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

 Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Conceptos Sujetos a Retención RG 830
 Enajenación de Bienes Muebles Alquiler de Bienes muebles o Inmuebles Otros:

 Locación de Obras y/o Servicios Profesiones Liberales

CATEGORÍA SUSS
 Empleador Empleador c/Cert. De Exclusión (a) Monotributo Exento (adjuntar certificado de Ex.) Otro
(a) Enviar certificado de exclusión/exención de retención

 Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

 Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Indicar Actividad:

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE INGRESOS BRUTOS
 Inscripto Contribuyente Local Inscripto Convenio Multilateral Exento Inscripto Régimen Simplificado Otro

 Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

 Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Enviar formulario 1276

NOTA: Ante cualquier tratamiento especial frente al régimen de retención en alguna jurisdicción, adjuntar las constancias correspondientes.

 Observaciones:

.....

.....

