

**OBRA SOCIAL CONDUCTORES  
DE TRANSPORTE COLECTIVO  
DE PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6  
Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 - 5100



**INSTRUCTIVO PRESTADOR DE TRANSPORTE  
PERIODO 2022**

Para la renovación y/o inicio de nuevos trámites de afiliados pertenecientes a esta Obra Social, el **PRESTADOR DE TRANSPORTE deberá entregar al beneficiario la documentación que más adelante se detalla, sin esta documentación no se ingresará trámite. No se dará curso al pedido de cobertura para el año 2022, si existiere pendiente de presentación documentación solicitada para el año 2021.**

**IMPORTANTE**

No se dará curso al pedido de cobertura para el año 2022, si existiere documentación pendiente de presentación del período 2021.

Las prestaciones solo serán reconocidas teniendo autorización emitida por la Obra Social. No se reconocerán prestaciones retroactivas.

El ingreso del trámite no implica aprobación.

La documentación del prestador debe estar completa. No se recibirán trámites en los cuales falten datos y/o documentación solicitada

No se recibirá documentación que se encuentre ilegible, tachada, enmendada con corrector y/o deteriorada

**La documentación deberá ingresarla el AFILIADO, VIA ONLINE: deberá enviar TODA la documentación sin excepción en forma completa, TODAS las prestaciones (Formato PDF no foto). En el asunto debe indicar nombre de beneficiario.**

**Correo electrónico para ingreso: [tramitesdisca2021@uta.org.ar](mailto:tramitesdisca2021@uta.org.ar)**

**Todos los requerimientos se encuentran sujetos a disposiciones de la autoridad de aplicación.**

1. Presupuesto:

a) **“PRESUPUESTO en ORIGINAL”** del transporte, el cual deberá contener:

- **Fecha Exacta de Emisión del presupuesto: Día, Mes y Año.**  
La fecha del presupuesto deberá ser anterior al inicio del período de prestación y posterior a la fecha de la prescripción médica.
- **DEBE ESTAR DIRIGIDO A O.S.C.T.C.P. (NO UTA)**
- Razón social
- Número de C.U.I.T.
- Dirección, Localidad
- Teléfono
- Correo electrónico
- Datos del afiliado: Apellido, Nombre y DNI.

- Periodo de cobertura.  
El período de cobertura presupuestado debe coincidir con la orden de prescripción médica (**Desde que Mes hasta que Mes**)
- Dirección de partida
- Dirección de destino
- Cantidad de Kms diarios
- Total de Kms Mensuales
- Cantidad de viajes diarios
- Cantidad de días mensuales de traslado,
- Valor del Km
- Valor total mensual.

El valor del km SE INDICARÁ teniendo en cuenta la resolución vigente.

**LOS PRESUPUESTOS DEBEN ESTAR FIRMADOS, ACLARADOS Y CON D.N.I. SIN EXCEPCIÓN POR EL PRESTADOR.**

2. CONSENTIMIENTO- DIAGRAMA DE TRASLADOS: Debe tener la misma fecha de emisión que el presupuesto. Completar según corresponda un consentimiento por cada TRASLADO REALIZADO.
3. 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.
4. Habilitación de agencia de Remises (Tratándose de un Remis)
5. Habilitación de autos (Tratándose de un Remis)
6. Constancia de Seguro vigente.
7. Póliza de seguro vigente.
8. Verificación Técnica Vehicular vigente (VTV)
9. Carnet de conducir.
10. Libreta Sanitaria de celador/a
11. Inscripción en AFIP.
12. CADA RECORRIDO SIN EXCEPCIÓN, deberá estar acompañado por el mapa de Google Maps (menor recorrido)
13. **NO se autorizarán presupuestos que no indiquen kilómetros exactos.**
14. **No se reconocerá dependencia cuando no este justificada (Ver Aclaraciones Importantes).**
15. **POR IGUAL VIAJE, SE AUTORIZARÁ IGUAL KILOMETRAJE QUE EL AÑO ANTERIOR.**

#### **ACLARACIONES IMPORTANTES**

- Se reconocerá el traslado desde el domicilio del beneficiario hasta el lugar de atención y viceversa.
- **Se evaluará la "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. Su aprobación quedará a consideración de la auditoria de discapacidad.**
- 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 de un afiliado con un prestador determinado, deberá notificar el motivo a la Obra Social por escrito, siendo evaluado por el Área de orientación prestacional y Auditoría Médica para emitir dictamen y conducta a seguir. A continuación se ejemplifican alguna de las situaciones que se presentan:

- 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)

#### **REQUISITOS PARA FACTURACIÓN**

- **La facturación debe ser presentada en tiempo y forma a los 30 días corridos de brindada la prestación y adaptándose a la RESOLUCION 276/18, la cual indica que el periodo de cobertura es de hasta 2 meses anteriores, a partir del periodo de prestación.** Deberá estar dirigida a la O.S.C.T.C.P. y ser presentada por el prestador a mes vencido, del 1 al 10 de cada mes en la dirección de correo electrónico: [proveedoresos@uta.org.ar](mailto:proveedoresos@uta.org.ar) En la descripción deberán constar TODOS los datos que figuran en la **RESOLUCION 887/17** : En la descripción deberá constar: NOMBRE COMPLETO del beneficiario, N° 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 DDJJ y PLANILLA DE ASISTENCIA firmada y sellada por la institución a la que realiza el traslado y firmada por padre, madre, tutor o encargado con aclaración de firma, número de D.N.I. y tipo de parentesco.
- **LA FACTURACION PRESENTADA NO PODRÁ ESTAR TACHADA, ENMENDADA CON NINGUN TIPO DE CORRECTOR, NI DETERIORADA.**
- Ante un cambio de resolución que modifique los aranceles debe estar indicada en la factura la Resolución que corresponde.
- Asimismo, la impugnación regirá para todos los requisitos detallados y los plasmados en el instructivo de facturación, que no sean cumplidos por el prestador.
- **PRESTADORES NUEVOS:**  
**DEBERÁN PRESENTAR AL MOMENTO DE INGRESO DEL TRAMITE:**
  - **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR FIRMADO Y SELLADO POR EL PRESTADOR**
  - **CBU EMITIDO Y FIRMADO POR AUTORIDAD DE ENTIDAD BANCARIA DONDE DICHA CUENTA DEBERA PERTENECER INDEFECTIBLEMENTE A LA PERSONA QUE FIGURE EN EL ALTA Y QUIEN LE BRINDE LA PRESTACION AL BENEFICIARIO**
  - **INSCRIPCION EN AFIP**
  - **FORMULARIO DE INSCRIPCION DE IMPUESTO A LAS GANANCIAS E IMPUESTO A LOS INGRESOS BRUTOS. EN CASO DE ESTAR EXENTOS DEBERAN PRESENTAR LOS COMPROBANTES DE EXCENCION O EXCLUSION (DE CORRESPONDER)**
  - **TODOS LOS PRESTADORES DEBERAN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA (Caja de Ahorro y/o Cuenta Corriente)**
  - **DEBERAN SOLICITAR INSTRUCTIVO EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN**

**Teléfonos Sector Discapacidad**

**Para consultas por autorización de Trámites**

**Teléfono: 4011-5100 (Interno 130- 205)**

**Correo electrónico: [tramitesdisca2021@uta.org.ar](mailto:tramitesdisca2021@uta.org.ar)**

**Para consultas por facturación ingresada**

**Teléfono: 4011-5100 (Interno 148)**

**Correo electrónico: [controldiscapacidad@uta.org.ar](mailto:controldiscapacidad@uta.org.ar)**