

**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 2024**

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 2024, si existiere pendiente de presentación documentación solicitada para el año 2023.**

IMPORTANTE

Se dará curso al pedido de cobertura para el año 2024, siempre que **NO** existiere documentación pendiente de presentación del período 2023.

LAS PRESTACIONES SOLO SERÁN RECONOCIDAS TENIENDO AUTORIZACIÓN EMITIDA POR LA OBRA SOCIAL. NO SE RECONOCERÁN PRESTACIONES RETROACTIVAS

El ingreso del trámite no implica aprobación.

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

El trámite deberá ingresarlo en sede de Obra Social en ORIGINAL: TODA la documentación sin excepción debe estar completa. No se recibirá documentación en la que falten datos y/o documentación solicitada.

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

1. **CONFÓRMIDAD POR LA PRESTACION** completa y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
2. **CONSENTIMIENTO- DIAGRAMA DE TRASLADOS (NO ES PRESUPUESTO)** Debe tener la misma fecha de emisión que el presupuesto. Completar según corresponda un consentimiento por cada TRASLADO REALIZADO.
3. **"PRESUPUESTO** del transporte, el cual deberá **TENER SIN EXCEPCION** los datos que se detallan a continuación (PUEDEN UTILIZAR MODELO DE PRESUPUESTO SEGÚN RESOLUCION 360)
 - **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- AÑO CALENDARIO**)

- 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.

SE DEBE ENVIAR UN PRESUPUESTO POR CADA TRASLADO A REALIZAR CON SU RESPECTIVO MAPA

4. 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.
5. Habilitación de agencia de Remises (Tratándose de un Remis)
6. Habilitación de autos (Tratándose de un Remis)
7. Constancia de Seguro vigente.
8. Póliza de seguro vigente.
9. Verificación Técnica Vehicular vigente (VTV)
10. Carnet de conducir.
11. Libreta Sanitaria de celador/a
12. Inscripción en AFIP.
13. CADA RECORRIDO SIN EXCEPCIÓN, deberá estar acompañado por el mapa de Google Maps (menor recorrido)
14. **NO se autorizarán presupuestos que no indiquen kilómetros exactos.**
15. **No se reconocerá dependencia cuando no se encuentra justificada (Ver Aclaraciones Importantes).**
16. **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.**

- **SOLO SE RECONOCERÁ EL TRASLADO QUE SE ENCUENTRE AUTORIZADO POR LA AUDITORIA MEDICA.**
- 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

- Solo podrá presentar facturación de prestaciones efectivamente **AUTORIZADAS**.
- La facturación deberá ser presentada a mes vencido del 1 al 10 de cada mes.
- **Único canal válido para la presentación de la facturación por servicios brindados y con autorización remitida por esta institución, será a través de la Plataforma Virtual <http://osctcpnet.org.ar/admcontable/index.asp>**
- 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.
- La facturación deberá estar dirigida a la O.S.C.T.C.P.
- En la descripción deberán constar **TODOS** los datos que figuran en la **RESOLUCION 360/21**:
 La Factura deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (Cuit y Nombre), deberá contener: 1) Nombre, Apellido y DNI del beneficiario 2) Período de prestación 3) Prestación brindada, según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. 4) Modalidad, jornada (doble y simple), categoría del establecimiento si correspondiere, si incluyere dependencia y en el caso de especialidades 5)-cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas 6)- Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas. **En el caso de Transporte se deberá detallar:** 1) Direcciones de partida y destino 2) Cantidad de viajes por día y mensual 3)- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje 4)-Total de kilómetros del mes 5)- Indicar si incluye dependencia
- Se deberá acompañar con la factura LA PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL que deberá estar **FIRMADA POR EL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO** con aclaración de firma, número de D.N.I. y tipo de parentesco y por el prestador que otorgó la prestación.
- Para Escuela, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, centro de día, etc., debe detallar la categoría de la institución y tipo de jornada. En el caso de tener alimentación, la misma debe facturarse en factura separada de la prestación principal detallando cantidad de días, valor diario y periodo de cobertura.

- 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 COMPLETO FIRMADO Y SELLADO POR EL PRESTADOR (SE DEBE COMPLETAR CADA CAMPO)
 - CBU EMITIDO Y FIRMADO POR AUTORIDAD DE ENTIDAD BANCARIA. LA CUENTA DEBERA PERTENECER INDEFECTIBLEMENTE A LA PERSONA QUE FIGURE EN EL ALTA Y QUIEN LE BRINDE LA PRESTACION AL BENEFICIARIO.
 - CONSTANCIA ACTUALIZADA DE INGRESOS BRUTOS.
EN CASO DE CORRESPONDER, DEBERÁ ADJUNTAR LOS CERTIFICADOS DE NO RETENCION POR EXENCIÓN/ EXCLUSIÓN EN INGRESOS BRUTOS Y GANANCIAS
 - CONSTANCIA ACTUALIZADA DE INSCRIPCION EN AFIP
 - 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 Trámites

Teléfono: 4011-5100 (Interno 130- 205 - 209)

Correo electrónico: tramitesdisca2021@uta.org.ar

Para consultas por facturación ingresada

Teléfonos: 4011-5100 (interno 148/129)

Correo electrónico: controlfdiscapacidad@uta.org.ar