

# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

2026

TRANSPORTE



prestacionesdisc@fideisalud.com.ar  
(11) 5276-4700 / 0800-345-7332  
Bartolomé Mitre 1399 - CABA

## 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\_PuntodeVenta\_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://mi.fideisalud.ar/webOSSdeB/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 periodo 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. El mismo, deberán presentarlo una vez acreditado el pago.

La factura debe ser emitida a nombre de la Obra Social completando n° de cuit y domicilio.

La facturación de todas las prestaciones se presenta a mes vencido.

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 N° de CUIT y domicilio.

**OSSDEB – 30-60726243-4 (IVA EXENTO)**

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 OSSDEB.
- CUIT (OSSDEB 30-60726243-4.
- 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: \_\_\_\_\_

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: .....



Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DNI N°:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:**

**En caso de solicitar dependencia deberá ser expresamente aclarado.**

DESDE MES: .....AÑO: .....

HASTA MES: ..... AÑO: .....

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px; margin-bottom: 10px;">C</div> <b>FACTURA</b><br>N° 001 – XXXXXXXXXXXXXXXXX<br><div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> FECHA: |                           |
| <b>SEÑORES:</b> (DENOMINACION DE LA OBRA SOCIAL)<br><b>DOMICILIO:</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
| Resp. Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/><br><b>IVA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>C.U.I.T.: (DE LA O.SOCIAL)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |
| <b>CANTIDAD</b>                                                                                                                                                        | <b>DESCRIPCION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>PRECIO UNITARIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>IMPORTE</b>            |
| 12                                                                                                                                                                     | <p>EN CONCEPTO DE TRASLADOS DEL AFILIADO (NOMBRE Y APELLIDO) CORRESPONDIENTE AL MES DE .....</p> <p>VIAJES DE IDA Y VUELTA</p> <p>DESDE (DOMICILIO DEL AFILIADO)</p> <p>HASTA (DOMICILIO DEL PRESTADOR) Ej: ESCUELA, TERAPIAS, ETC.)</p> <p>RECORRIENDO .....KM 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> | (Valor diario por viaje)<br><br>\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (Valor mensual)<br><br>\$ |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$                        |

## 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 \_\_\_\_\_

N° DNI  N° 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](http://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 \_\_\_\_\_

|          | Lunes |       | Martes |       | Miércoles |       | Jueves |       | Viernes |       |
|----------|-------|-------|--------|-------|-----------|-------|--------|-------|---------|-------|
|          | Desde | Hasta | Desde  | Hasta | Desde     | Hasta | Desde  | Hasta | Desde   | Hasta |
| Horarios |       |       |        |       |           |       |        |       |         |       |

Periodo Desde  Hasta  Año

Km diarios  Km semanales  Km mensuales  Valor Km

### Precio total mensual del Presupuesto

(Sumatoria de los precios de los distintos traslados) 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**

