

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA LA COBERTURA DE TRANSPORTE

Los requisitos establecidos para gestionar las autorizaciones están basados en la resolución de Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación N° 1743/24.

En el presente, se detalla la documentación requerida para la auditoría de las prestaciones del año 2026, que deberá ser remitida por **medios digitales** a nuestra Administración.

El equipo interdisciplinario auditor evaluará la optimización de tiempos de traslados, especialmente en prestaciones recurrentes semanales buscando evitar tiempos exagerados que puedan impactar negativamente en el tratamiento del paciente.

Las autorizaciones deben gestionarse previo al inicio de los tratamientos, ya que no se contemplarán retroactivos. Asimismo, los prestadores del servicio deberán respetar el plazo de 30 (treinta) días para facturar el mismo.

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.
3. **Prescripción Médica:** se 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).
5. **Certificado de alumno regular:** en caso de solicitar el transporte a institución educativa.

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.
- En la factura remitida a la Obra Social, deberán estar expuestos los datos de los traslados.
- No se aceptará documentación tachada o enmendada.
- Las autorizaciones se emitirán por periodos prolongados de hasta 1 año, por lo tanto, se deberá presentar la documentación de manera anual.
- 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 prestador interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización.
- Las prestaciones detalladas en el presente instructivo deben ser facturadas de forma directa por los profesionales / instituciones, no se puede acceder por la vía de Reintegro.
- **No se podrán autorizar tratamientos con profesionales que hayan sido dados de baja de forma definitiva por nuestra Obra Social.**

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

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

FORMULARIO

La información declarada y/o acompañada al presente formulario revestirá el carácter de declaración jurada y deberá ser firmada en todas sus hojas por un apoderado o responsable de la empresa. Tenga presente además, que estará operando con la condición fiscal detallada en el presente formulario y en el caso de surgir alguna modificación de su situación impositiva, es su exclusiva responsabilidad notificarla a la Mutual.

DATOS

Razón Social /Nombre del prestador:		Fecha de pedido: / /
DNI:		Fecha de Nac.: / /
Matrícula:	Nº inscripción S.S.S:	Especialidad:
Domicilio legal:	Localidad:	Provincia:
C.P.:	Tel. Particular:	E-mail:
Domicilio Laboral:	Tel. Laboral:	

Adjuntar copias de: Contrato Social Estatuto, Designación de Autoridades, Apoderado designado para contratar y D.N.I.

TIPO DE CONVENIO

☐ Persona Física ☐ Óptica ☐ Farmacia ☐ Persona Jurídica (clínica, sanatorio, órgano colegiado)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (CONVENIOS DE SERVICIOS DE SALUD)

- 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 Persona Física).
- Carpeta institucional (sólo Persona Jurídica).
- Estatuto (para Asoc. Civiles, Mutuales, Cooperativas).
- Listado de prestaciones que brinda junto con los aranceles pretendidos para las mismas (sólo convenios).
- Fotocopia de DNI.
- En caso de personas jurídicas deberá remitir listado de profesionales y/o entidades.

FIRMA PRESTADOR

ACLARACIÓN

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA

FIRMA ADMINISTRATIVO JS

FORMULARIO
DATOS IMPOSITIVOS

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

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IVA

☐ Responsable Inscripto ☐ Monotributista ☐ Exento ☐ Otra: _____

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS

☐ Responsable Inscripto ☐ Monotributista ☐ Otra: _____
☐ Responsable NO Inscripto ☐ Exento (adjuntar certificado de Ex.)

Sujeto Pasible de Retención: ☐ Si ☐ NO

Certificado de Exclusión de Retención: ☐ Si ☐ NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %
 (Adjuntar certificados de exclusión)

CONCEPTOS SUJETOS A RETENCIÓN RG 830 (ACTIVIDADES)

☐ Enajenación de Bienes Muebles ☐ Alquiler de bienes Inmuebles ☐ Profesiones Liberales
☐ Locación de Obras y/o Servicios ☐ Operaciones de Transporte ☐ Otro: _____
☐ Alquiler de Bienes muebles de carga Nacional e Internacional

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE INGRESOS BRUTOS

N° de ingresos Brutos: (Adjuntar constancia de inscripción vigente CM01 y CM05 de corresponder)

☐ Inscripto Contribuyente local ☐ Exento
☐ Inscripto Convenio Multilateral ☐ Inscripto Régimen Simplificado

Detalle con un tilde la (contribuyente local) o las jurisdicciones (contribuyente con convenio multilateral) en las que se encuentra inscripto y complete con otro tilde la o las jurisdicciones en las cuales es pasible de retenciones.

Jurisdicción	Inscripto	Sujeto pasible de retenciones	Justif. exc. para Jurisdicciones Insc. no pasible de ret.
921 - Santa Fe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enviar form. 1276 web API STA FE
908 - Entre Ríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
917 - Salta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
918 - San Juan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras (detallar)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN ADICIONAL A COMPLETAR REQUERIDA POR OTRAS LEYES VIGENTES

Es Persona Expuesta Políticamente: ☐ Si ☐ NO Es Sujeto Obligado de la Ley 25.246: ☐ Si ☐ NO

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA (ADJUNTAR CONSTANCIA CBU)

Banco: _____ Sucursal: _____ ☐ caja de ahorros ☐ cuenta corriente
 Nro de Cuenta: _____ CBU: _____

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA

1er Titular (como figura en el extracto): _____ CUIT/CUIL/CDI: _____

2do Titular: _____

FIRMA PRESTADOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA

FIRMA ADMINISTRATIVO JS