TRANSPORTE ESPECIAL
A LAS TERAPIASY/0 ESCOLARIDAD

SWISS MEDICAL

Condiciones generales para la documentación:

- La documentación deberá estar firmada de puño y letra (firma ológrafa). No se aceptarán firmas digitales o copiadas y pegadas.
- Debe enviarse en formato JPG o PDF, por medios digitales. El contenido debe ser completamente legible, sin imágenes borrosas ni pixeladas.
- La fecha de emisión de la documentación deberá ser anterior al período solicitado de la prestación.
- Deberá existir coincidencia entre la orden médica, el plan de tratamiento y el presupuesto respecto de la frecuencia y el período solicitado.
- La documentación no deberá presentar tachaduras ni diferencias de tinta o letra. En caso de realizar correcciones, estas deberán ser salvadas con firma y sello.
- Todos los anexos deberán estar completos en su totalidad. Los datos obligatorios son: nombre y apellido, DNI, edad y diagnóstico.
- En caso de realizar un cambio de prestador, se deberá presentar, junto con la documentación requerida para dicha prestación, el formulario de conformidad prestacional y la nota de cambio. Ambos formularios están incluidos en los requisitos generales. Si se modifica el esquema terapéutico, será necesaria una nueva orden médica.

- **Conformidad de Transporte (SSSalud)**
  Confeccionado y firmado por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.

- **Orden médica, según formulario "Prescripción médica - Transporte especial a las terapias y/o escolaridad"**
  Prescripta por el mismo médico tratante que realizó el resumen de historia clínica. Detallar fecha de emisión, diagnóstico, prestaciones a las que se traslada, justificación médica, período, nombre y apellido, DNI y edad. La solicitud de transporte deberá estar debidamente fundamentada por el médico tratante, aportando datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público.

- **Formulario Medida de Independencia Funcional (FIM)**
  En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional.

- **Presupuesto de Transporte**
  Confeccionado, firmado y sellado por el prestador que realiza el traslado.
  En caso de solicitar dependencia deberá incluir los apoyos específicos que se brindaran.

- **Habilitación municipal de la empresa de transporte (Copia Vigente)**

- Póliza de Seguro del vehículo (Copia Vigente)
- Verificación Técnica Vehicular (Copia Vigente)
- Licencia de conducir (Copia Vigente)
- Imagen del recorrido según Google Maps
- Constancia de inscripción en ARCA (CUIT)
- Comprobante de CBU (el titular de la cuenta bancaria debe coincidir con el titular de la habilitación) emitido por entidad bancaria
- Formulario de acreditación en cuenta bancaria

ACLARACIÓN IMPORTANTE

Swiss Medical Medicina Privada brinda dicha cobertura a todos aquellos asociados que por su patología no puedan hacer uso del transporte público. Esta prestación se autorizará al beneficiario desde su domicilio hasta el lugar donde se realicen los tratamientos y/o instituciones educativas autorizados, con el correspondiente regreso.

Se reconocerá **dependencia** únicamente cuando el beneficiario sea mayor de edad y requiera **asistencia completa o supervisión constante** acreditada por la tabla FIM.

Los niños deben ser trasladados bajo supervisión de cuidador primario o familiares responsables.

CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Fecha:_____ /_____ /_____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

N.° de credencial: 800006 _____ ___ _____

Yo _____ con documento tipo _____ N.° _____ , doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde _____ hasta _____.

_____	_____	_____
Firma	Aclaración	N.° de documento

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N°. 19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de _____ _____, manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

_____	_____	_____
Firma	Aclaración	N.° de documento

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N°. 19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE ESPECIAL A LAS TERAPIAS Y/O ESCOLARIDAD

Fecha: _____/_____/_____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ____ _____

Diagnóstico: _____

_____

_____

Prestación: _____

_____

_____

_____

Justificación médica (Fundamentar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público):

_____

_____

_____

_____

Dependencia: Si ☐ No ☐

Periodo: desde: _____/_____/_____ hasta: _____/_____/_____

_____

Firma y sello del médico tratante

PRESUPUESTO PRESTACIONAL TRANSPORTE ESPECIAL

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

DNI: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ____ _____

Prestador (Razón social): _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

N.° de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A.: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°.: _____ Vto.: _____

DIAGRAMA DE TRASLADOS:

VIAJE	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DE DESTINO	PRESTACIÓN A LA QUE ASISTE	KM. POR TRAMO	KM. MENSUALES	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1							
2							
3							
4							

CRONOGRAMA DE HORARIOS: (Completar los días y el horario que correspondan)

VIAJE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1					
2					
3					
4					

Si realizara más de cuatro (4) traslados, por favor utilizar una segunda hoja.

Período solicitado: _____/ 20 _____ hasta _____/ 20 _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si ☐ No ☐

En caso de solicitar dependencia indicar los apoyos específicos que se brindaran: _____

_____

Total Kms. mensuales: _____ Valor por km.: $ _____ Monto mensual: $ _____

_____

Firma, Aclaración y Sello del prestador

FORMULARIO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA PRESTADOR DE DISCAPACIDAD

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre o razón social del prestador: _____ CUIT del prestador: _____

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE SE ACREDITARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

Nombre del titular de la cuenta: _____

Alias (*): _____ (*Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas).

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____ Sucursal: _____

☐ Caja de Ahorro ☐ Cuenta Corriente ☐ Otras: _____

CBU: _____

CUIT Nro. _____ CUIL Nro. _____ CDI Nro. _____

(Completar la opción CUIT, CUIL, CDI que corresponda al titular de la cuenta).

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

_____	_____	_____
Fecha	Firma y sello del prestador o representante legal	Aclaración