



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2025.

DOCUMENTACIÓN PERSONAL.

Legajos 2025:

Recepción a partir del día lunes 30 de SEPTIEMBRE de 2024.

IMPORTANTE: NO SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE EL INFORME DE ADMISIÓN O EL INFORME EVOLUTIVO (SEGÚN SEA EL CASO) DE TODOS LOS PRESTADORES INTERVINIENTES EN EL TRATAMIENTO DEL BENEFICIARIO.

EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA EN SÍ MISMA SU AUTORIZACIÓN.

El presente Instructivo queda sujeto a futuros cambios de normativas por parte del Ministerio de Salud, de la Agencia Nacional de Discapacidad y/o de la Superintendencia de Seguros de Salud.

Versión actualizada al 13/09/2024.

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).

En caso de dudas comunicarse con el Sector DISCAPACIDAD Tel.: 4341-8090 Int.: 946/952

e-mail: sur.disca@uthgra.org.ar / <https://osuthgra.org.ar/guia-de-tramites/>

Sr. Beneficiario:

Para ingresar un legajo solicitando cubrir los tratamientos incluidos en el Nomenclador del Marco Básico de Prestaciones a favor de Personas con Discapacidad, deberán presentarlo de la siguiente forma:

1. Por mail: al correo: **sur.disca@uthgra.org.ar** – bajo el asunto: **Seccional - Alta 2025 – Nombre y Apellido del Beneficiario y Nro. de afiliado.**
La documentación **COMPLETA Y LEGIBLE**, podrá ser firmada en forma holográfica, electrónica o digital y debe enviarse a través de un archivo escaneado directamente a la Obra Social. **No se aceptarán fotos.**
2. Si existiera alguna dificultad para realizar la presentación del expediente por medio digital, deberá presentar la documentación en la Seccional donde se encuentre AFILIADO.
Si se encuentra AFILIADO en **CABA**, el trámite se realiza en nuestra Sede Central, Av. de Mayo 945, PB, de Lunes a Viernes de 9 a 17 hs. en el Sector – DISCAPACIDAD.

Informamos que para la auditoría del expediente, se debe presentar toda la documentación completa y en conjunto. NO se aceptará la presentación de documentación parcial.

La cobertura por Discapacidad dentro del Marco Básico de Prestaciones a favor de Personas con Discapacidad se otorgará a partir del año de vida.

Se recuerda que **el ingreso de la documentación no implica en sí misma su autorización**, ya que esta se encuentra sujeta al análisis del Certificado Único de Discapacidad (CUD) y de la evaluación que realice el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

Documentación del Beneficiario:

1. **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (CUD)** y/o constancia de turno para su renovación según corresponda, extendido por Autoridad Nacional o Provincial de competencia.
2. **DNI del Beneficiario y Titular: SOLO** si se actualizó el DNI o se presenta expediente por primera vez.
3. **CODEM:** En los casos de Relación de dependencia, Monotributo o Jubilados Gastronómicos, el titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES y figurar todos en el CODEM. El beneficiario por el cual se solicita el tratamiento tendrá que figurar como discapacitado en el comprobante. Presentar fotocopia legible.
4. **CONSTANCIA DE EFECTOR SOCIAL:** El titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES u organismo correspondiente. Presentar fotocopia legible.
5. **AFILIADO GASTRONÓMICO:** Fotocopia legible del último recibo de sueldo.
6. **AFILIADO MONOTRIBUTISTA:** Fotocopia legible del último ticket de pago del Monotributo anterior al inicio de la prestación.
7. **AFILIADO JUBILADO:** Fotocopia legible del último recibo de haberes.
8. **AFILIADO CON FONDO DE DESEMPLEO:** Fotocopia legible del formulario de Prestación por Desempleo para Trabajadores en Relación de Dependencia ANSES.
9. **ANEXO I COMPLETO.**
10. **CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR** de la escuela a la que asiste, indicando turno y grado en que se encuentra, con sello y firma de las autoridades del establecimiento y **CUE del mismo completo.** Se presenta con el expediente la de finalización de ciclo lectivo y

cuando empiezan las clases la del año en curso. **No es la misma que se presenta junto con las facturas de manera mensual.**

11. **CONSTANCIA DE CONCURRENCIA** al Centro de Día o al Centro Educativo Terapéutico o al Hogar al que asiste, indicando que el beneficiario concurrirá en el año en curso a esa Institución, con sello y firma de las autoridades. **No es la misma que se presenta junto con las facturas de manera mensual.**
12. En caso de NO estar escolarizado, se deberá completar el **ANEXO III** firmado por los padres.
13. **Certificado de domicilio** de residencia del beneficiario, **OBLIGATORIO** cuando se solicita transporte.

Documentación necesaria para TODOS los tratamientos:

1. **CONFORMIDAD** de prestaciones **ANEXO II**. Debe incluir todo el tratamiento **COMPLETO** firmado por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor. (Res. 1743/2024). Si durante el período autorizado se produce un cambio de prestador o modalidad se deberá presentar una nueva Conformidad en donde figuren todos los datos actualizados.
2. **CONFORMIDAD** de transporte **ANEXO XI**. En caso de solicitar transporte, **COMPLETO** firmado por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor. (Res. 1743/2024).

IMPORTANTE:

La AUTORIZACIÓN de la Cobertura de Tratamiento queda sujeta a la conservación MENSUAL de la afiliación en la OSUTHGRA.

La **constancia de alumno regular** deberá presentarse dentro de los **60 días corridos** a partir del inicio del periodo lectivo al igual que el **acta acuerdo** en las prestaciones de apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo.

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad para solicitar la cobertura de prestaciones por Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

GASTRONÓMICO en relación de dependencia: Si el titular cambia de empleador y sigue manteniendo la Obra Social, deberá presentar de manera URGENTE fotocopia de recibo de sueldo en la Seccional correspondiente para informar dicho cambio así el grupo familiar mantiene la afiliación.

Si la persona con discapacidad presenta dificultad o registra algún incumplimiento de esta norma por alguna de las partes, podrá solicitar orientación a la Unidad a través del siguiente mail:

orientaciondiscapacidad@sss salud.gov.ar

Cambio de Titular de la Obra Social.

En los casos que el beneficiario pase a cargo de otro Titular, se deberán presentar los siguientes según corresponda al nuevo Titular:

1. **DNI y Carnet del Beneficiario y Titular:** Presentar fotocopia legible.
2. **CODEM:** En los casos de Relación de dependencia, Monotributo o Jubilados Gastronómicos, el titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES y figurar todos en el CODEM. El beneficiario por el cual se solicita el tratamiento tendrá que figurar como discapacitado en el comprobante. Presentar fotocopia legible.
3. **CONSTANCIA DE EFECTOR SOCIAL:** El titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES u organismo correspondiente. Presentar fotocopia legible.

4. **AFILIADO GASTRONÓMICO:** Fotocopia legible del último recibo de sueldo.
5. **AFILIADO MONOTRIBUTISTA:** Fotocopia legible del último ticket de pago del Monotributo anterior al inicio de la prestación.
6. **AFILIADO JUBILADO:** Fotocopia legible del último recibo de haberes.
7. **AFILIADO CON FONDO de DESEMPLEO:** Fotocopia legible de todos los comprobantes de haberes.
8. **ANEXO I COMPLETO.**

Cambio de Prestador.

En los casos que se solicite el cambio de un prestador que realiza un tratamiento ya autorizado, se deberá presentar:

- **Nota del beneficiario titular** (Anexo XIII) solicitando dicho cambio que incluya fecha de inicio de tratamiento del nuevo prestador solicitado, **motivo** y fecha de baja del prestador anterior, firma, aclaración y número de carnet del beneficiario titular.
- **El nuevo Prestador/Transportista** deberá cumplimentar la documentación solicitada según el Instructivo de Discapacidad vigente de la Obra Social.

Suspensión / Interrupción / No utilización de las prestaciones autorizadas del Tratamiento.

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación y motivos por los cuales la misma fue interrumpida o especificando los motivos de la no concurrencia. La misma debe incluir firma, aclaración y número de carnet del beneficiario titular.

Ampliación o Modificación del Tratamiento:

En los casos que se solicite la modificación de un tratamiento ya autorizado el año anterior o en el año en curso, se deberá presentar:

- **Nota del beneficiario titular** solicitando el cambio que incluya fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado y motivo.
- **Nuevo pedido médico** en los casos en los que se indique ampliación de dicho tratamiento.
- **Nuevo resumen de historia clínica con justificación médica.**

Cambio de recorrido del TRANSPORTE por cambio de domicilio:

En los casos que se solicite la modificación de un recorrido ya autorizado el año anterior o en el año en curso, se deberá presentar:

- **Nota del beneficiario titular** indicando el nuevo domicilio y la fecha exacta del cambio de recorrido.
- **Presentar CONSTANCIA de CAMBIO DE DOMICILIO:**
 - **Certificado de domicilio de residencia del beneficiario.**

Todo pedido de ampliación / modificación de tratamiento, quedará sujeto a la reevaluación del conjunto de las prestaciones solicitadas, por parte del Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

IMPORTANTE:

En caso de ser necesario el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social podrá citar al beneficiario y al responsable del mismo, para evaluar el caso

en forma particular, y determinar la posibilidad o no de realizar una evaluación por un Centro especializado indicado por la Obra Social para tal fin.

Una vez autorizadas las prestaciones se procederá según corresponda:

- **Beneficiarios de Seccional CABA:** Se emitirá una Planilla de Autorización que podrá ser retirada por Sede Central o solicitada vía mail a sur.disca@uthgra.org.ar.
- **Beneficiarios de Seccionales del Conurbano e Interior del País:** Se remitirá la Planilla de Autorización a la Seccional correspondiente a cada beneficiario donde se haya tramitado el expediente para ser retirada personalmente o podrá ser solicitada vía mail a sur.disca@uthgra.org.ar.

En todos los casos el Equipo Interdisciplinario de la OSUTHGRA evaluará y autorizará el esquema prestacional presentado de manera integral.

Los centros categorizados al igual que el equipo de profesionales que presten los tratamientos ambulatorios serán autorizados en su **totalidad** como módulo integral intensivo o módulo integral simple según corresponda.

Además, cabe aclarar que el tiempo mínimo de sesión es de 45 minutos.

NO SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE EL INFORME DE ADMISIÓN O EVOLUTIVO (SEGÚN SEA EL CASO) DE TODOS LOS PRESTADORES INTERVINIENTES EN EL TRATAMIENTO DEL BENEFICIARIO.

Anexos correspondientes:

1. ANEXO I - **DATOS PERSONALES**
2. ANEXO II - **CONFORMIDAD DE PRESTACIONES**
3. ANEXO III - **No Escolarización**
4. ANEXO XI - **CONFORMIDAD DE TRANSPORTE**
5. ANEXO XIII - **NOTA para BAJA y ALTA de PRESTADOR**

ANEXO I - DATOS PERSONALES

DATOS A COMPLETAR DEL PACIENTE (Datos a completar por el Padre, Madre o Tutor)

Apellido y Nombre (del paciente):	
DNI:	
N ° de CUIL:	
N ° de Carnet:	
Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:	
Estado Civil:	SOLTERO () CASADO () VIUDO () DIVORCIADO ()
Domicilio actual:	
C.P. - Localidad:	
Provincia:	
Tipo de Afiliación:	GASTRONÓMICO (1) () MONOTRIBUTISTA ()
Apellido y Nombre del Padre:	
Teléfono de contacto del Padre (c/característica):	
Apellido y Nombre de la Madre:	
Teléfono de contacto de la Madre (c/característica):	
Correo electrónico de contacto (LEGIBLE):	

(1) DATOS A COMPLETAR DEL RECIBO DE SUELDO DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

CUIT de la Empresa:	
Nombre de la Empresa:	
Domicilio de la Empresa:	
Fecha de Ingreso laboral:	

* Es **obligación** completar todos los campos con letra LEGIBLE.



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO II
CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:
Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde..... hasta.....

2. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde..... hasta.....

3. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde..... hasta.....

4. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: desde..... hasta.....

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR (Madre/ Padre/ Tutor):

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

**ANEXO XI
CONFORMIDAD DE TRANSPORTE**

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:.....
Número de Afiliado:.....

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período de la prestación:
desde..... hasta.....

Firma:

Aclaración:

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 (Madre/ Padre/ Tutor):

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:.....

Aclaración:

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.



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO XIII - NOTA para BAJA y ALTA de PRESTADOR

Fecha:...../...../.....

Nombre y Apellido del beneficiario:

D.N.I o Nro. Afiliado:.....

Sres. OSUTHGRA:

Me dirijo ante quién corresponda para comunicarles la baja de la prestación de

(Ej.: Psicología, Terapia Ocupacional, CET, EGB, Hogar, etc.)

Le damos la baja a

(Nombre del profesional o Institución)

a partir del día:/...../.....

Solicito el alta para la prestación de.....

(Ej.: Psicología, Terapia Ocupacional, CET, EGB, Hogar, etc.)

a cargo de

(Nombre del profesional o Institución)

a partir del día:/...../..... y por el período

Motivo:

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

Parentesco:.....