OSUTHGRA

OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952-953

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2027

Documentación Personal

Recepción a partir del día 1 de Octubre del 2026

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

En cumplimiento con las disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, **toda documentación firmada que se presente en la Obra social debe contar con firma original, de puño y letra (manuscrita), a excepción de las Recetas Médicas Electrónicas, según lineamientos de Ley 27553 y Resolución 2241/2025.**
No se aceptarán documentos con imágenes insertadas de firmas, ya que serán rechazados, generando demoras innecesarias y retrabajo para ambas partes.

Versión actualizada al 17/09/2026

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. Ante la **seccional** donde se encuentre afiliado, la cual nos enviará de forma interna por email el legajo completo bajo los requisitos necesarios.

2. Los afiliados de la seccional CABA, podrán presentar de forma presencial los legajos en nuestra Sede Central, de Av. de Mayo 945 de Lunes a Viernes de 9 a 17 hs. (en el Sector – DISCAPACIDAD. PB).

Tener en cuenta que no se recibiran por email los legajos enviados por prestadores o familiares en forma directa, sin excepción.

Documentación a presentar por del Beneficiario

1. **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE.**

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 y figurar todos

4. **Si es CONSTANCIA DE EFECTOR SOCIAL:** El titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES u organismo correspondiente. Presentar fotocopia legible.

5. **Si es AFILIADO GASTRONÓMICO:** Fotocopia legible del último recibo de sueldo.

6. Si es, **AFILIADO MONOTRIBUTISTA:** Fotocopia legible del último ticket de pago del Monotributo anterior al inicio de la prestación.

7. **Si es AFILIADO JUBILADO:** Fotocopia legible del último recibo de haberes.

8. **Si tiene FONDO DE DESEMPLEO:** Fotocopia legible del formulario de Prestación por Desempleo para Trabajadores en Relación de Dependencia ANSES.

9. **ANEXO 1 - DATOS PERSONALES**

10. **CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR** de la escuela a la que asiste, con número de **CUE o 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.

11. En caso de NO estar escolarizado, se deberá completar el **ANEXO 1.3** firmado por los padres.

12. **Certificado de domicilio** de residencia del beneficiario, **OBLIGATORIO** cuando se solicita transporte.

Es obligatorio y sin excepción presentar la constancia de afiliación (recibo de sueldo; últimos tres comprobantes de pago de monotributo; recibo de haberes o seguro de desempleo).

Documentación necesaria para todos los tratamientos

1. **CONFORMIDAD** de prestaciones **ANEXO 1.2**. 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 1.4**. En caso de solicitar transporte, **COMPLETO** firmado por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor. (Res. 1743/2024).

A tener en cuenta en los casos de

Cambio de Titular de la Obra Social: se deberá presentar en sector afiliaciones para regularizar la situación.

En nuestro sector para actualizar los datos deberán presentar lo siguiente, 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 hijo a cargo debe figurar como hijo propio/ o de cónyuge.
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 1** 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 1.5) 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 (Anexo 1.6) 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.**

- **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.**

Una vez autorizadas las prestaciones se procederá según corresponda:

- ***Beneficiarios de Seccional CABA*:** Se emitirá una Planilla Autorización la cual se enviará por mail al declarado por los padres, a su vez también podrá ser retirada por Sede Central.

- ***Beneficiarios de Seccionales del Conurbano e Interior del País:*** Se enviaran las autorizaciones por mail a las seccionales donde se haya tramitado el expediente, donde podrán retirarlas.

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.

Anexos correspondientes:

DOCUMENTACION PERSONAL

1. ANEXO 1 - Datos personales
2. ANEXO 1.2 - Conformidad de prestaciones
3. ANEXO 1.3 - Nota de no escolarización
4. ANEXO 1.4 - Conformidad de transporte
5. ANEXO 1.5- Nota de solicitud de cambio de prestador
6. ANEXO 1.6 - Nota de solicitud suspensión de tratamiento

DOCUMENTACIÓN MÉDICA

7. ANEXO 2 - Resumen de Historia Clínica
8. ANEXO 2.1 - Pedido Médico de Instituciones
9. ANEXO 2.2 - Pedido Medico de Rehabilitacion
10. ANEXO 2.3 - Pedido Médico de SAIE - Maestra de Apoyo
11. ANEXO 2.4 - Pedido Médico de Transporte
12. ANEXO 2.5 - Escala de Medida de Independencia funcional (FIM)

DOCUMENTACIÓN REHABILITACIÓN

13. ANEXO 3 - Presupuesto prestaciones profesionales ambulatorias
14. ANEXO 3.1 - Presupuesto prestaciones Institucionales
15. ANEXO 3.2 - Presupuesto Módulo Integral Simple/Intensivo
16. ANEXO 3.3 - Presupuesto Estimulación Temprana
17. ANEXO 4 - Presupuesto módulo: Apoyo a la integración escolar - Maestra de apoyo

DOCUMENTACIÓN TRANSPORTE

18. ANEXO 5 - Presupuesto de Transporte

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@sssalud.gob.ar

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 1 - DATOS PERSONALES

DATOS A COMPLETAR DEL PACIENTE

Apellido y Nombre		Nº Afiliado	
DNI	Nº CUIL	Fecha de Nacimiento	Edad
Correo electrónico de contacto (LEGIBLE):			
Domicilio actual		Teléfono de contacto:	
Provincia	Localidad	Código Postal	

DATOS DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

Apellido y Nombre	Edad
Tipo de Afiliación (Marque con un X) GASTRONÓMICO ( ) MONOTRIBUTISTA ( ) JUBILADO ( ) MONOTRIBUTISTA SOCIAL ( ) SERVICIO DOMÉSTICO ( )	

DATOS DE CONTACTO PRINCIPAL

Apellido y Nombre	Parentesco
Teléfono de contacto:	
Correo electrónico de contacto (LEGIBLE):	

RESPONSABLE ALTERNATIVO O TUTOR (Completar sólo si corresponde)

Apellido y Nombre	Parentesco
Teléfono de contacto:	
Correo electrónico de contacto (LEGIBLE):	

* Es **obligación** completar todos los campos.

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 1.2 - CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

Fecha: …../……/…….

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

Yo, ..., con Documento Tipo: .....

Nº: ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejó constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

Prestación 1: ..... Prestador:.....

Período: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Prestación 2: ..... Prestador:.....

Período: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Prestación 3: ..... Prestador:.....

Período: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Prestación 4: ..... Prestador:.....

Período: Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

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 mi carácter de familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Nombre y Apellido:.....

D.N.I: …… Firma:.....

Parentesco:..... Aclaración: ……..

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 1.3 - No Escolarización

Fecha: …../……/…….

Por medio de la presente, yo ……., con Documento Tipo: .....N°……., en mi carácter de padre, madre o tutor legal, declaro bajo juramento que mi hijo/a……., no se no se encuentra escolarizado/a ni concurre a ningún dispositivo terapéutico por los motivos que se detallan a continuación (*):

……

……

……

……

……

……

……

……

D.N.I: …… Firma:.....

Parentesco:..... Aclaración: ……..

(*Motivo: Exponer detalladamente las causas por las cuales el/la menor no se encuentra inserto en el sistema educativo formal ni recibe asistencia en dispositivos terapéuticos.

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027 - ANEXO 1.4 - CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Fecha: …../……/……..

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

Yo, ..., con Documento Tipo: .....

Nº: ....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período de la prestación:

Desde: ..... / ..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Firma: …….. Aclaración: ……..

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la Ley Nº 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):

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en mi carácter de familiar/responsable/tutor doy conformidad y autorizo el diagrama de traslados.

Nombre y Apellido:.....

D.N.I: …… Firma:.....

Parentesco:..... Aclaración: ……..

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

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027- ANEXO 1.5 - SOLICITUD CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha:...../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Sres. OSUTHGRA:

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes con el propósito de comunicar e informar una modificación en la cobertura médica vigente, solicitando la baja y la correspondiente alta de las prestaciones detalladas a continuación:

1. **BAJA DE PRESTACIÓN**

Tipo de Prestación: …… ……

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

Nombre del Profesional o Institución: ……

A partir del día: ...../……./2027

2. **ALTA DE LA PRESTACIÓN**

Tipo de Prestación: ……..

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

A cargo de (Profesional o Institución): ……

A partir del día: ...../……./2027

3. **MOTIVO DEL CAMBIO** ……

……

……

……

D.N.I: …… Firma:.....

Parentesco:..... Aclaración: ……

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

2027- ANEXO 1.6 - SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

Fecha:...../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Sres. OSUTHGRA:

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes con el propósito de comunicar e informar una modificación en la cobertura médica vigente, solicitando la baja de la prestación de:

……

……

(Ej. Psicología, CET, EGB, etc.)

Con el/la profesional y/o institución (Nombre y apellido del profesional o nombre de la institución):

……

……

a partir de la siguiente fecha: ...../……/ 2027

D.N.I: …… Firma:.....

Parentesco:..... Aclaración: …….