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

- Rehabilitación.
- Centro educativo terapeutico.
- Centro de día.
- Escuela de educación básica.
- Hogar en todas sus modalidades.

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

IMPORTANTE

Todas las instituciones en donde se realicen prestaciones a pacientes con discapacidad, de corresponder, deberán encontrarse categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad - ANDIS. Puede realizarse la consulta en la siguiente página web: https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html

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).

Documentación de las Instituciones o Centros:

1. **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud** para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSalud). Renovación del RNP: deberá ser presentado dentro de los 30 días corridos de su emisión, caso contrario, quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.

2. **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad**, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud). Renovación de la Categorización: deberá ser presentada dentro de los 30 días corridos de su emisión, caso contrario, quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.

3. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL**: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación firmado por el prestador.

4. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN:** en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados firmado por el prestador.

5. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL:** en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada con firma y sello del profesional tratante .

6. **PRESUPUESTO** Prestacional según instructivo

7. **INFORME DEL PRESTADOR** especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual, **en los casos de solicitar dependencia**.

8. **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE ARCA VIGENTE:** deberá presentarse la impresión de la consulta de la “Constancia de Inscripción” en www.afip.gob.ar

9. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria CERTIFICADO por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).

10. **INFORME DE SEGUIMIENTO** semestral de la prestación brindado firmado por el prestador.

11. **HOGAR:** en **TODAS** sus modalidades, Informe confeccionado por Trabajador Social que avale su necesidad.

Documentación para Terapias Ambulatorias:

1. **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP)** para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.

2. **TÍTULO HABILITANTE.**

3. **HABILITACIÓN SANITARIA** del consultorio donde se realiza la atención del beneficiario con discapacidad.

4. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL**: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

5. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN:** en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

6. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL:** en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada con firma y sello del profesional tratante.

7. **PRESUPUESTO** Prestacional**.**

8. **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE ARCA VIGENTE**: la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gob.ar

9. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria CERTIFICADO por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).

10. **INFORME DE SEGUIMIENTO** semestral de la prestación brindada.

HOGAR en todas sus modalidades **/ Pequeño Hogar**

Requisitos excluyentes:

- **Justificación médica** que indique los motivos por los cuales el beneficiario debe vivir en un hogar. Debe especificarse si el paciente requiere Alojamiento de Lunes a Viernes o Permanente.

- Previo a la autorización será requisito la realización de un **informe socio-ambiental** del beneficiario y su familia emitido por trabajadora social, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar.

IMPORTANTE

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.
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.

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

2027- ANEXO 3 - PRESUPUESTO PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS

Fecha: …../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DATOS DEL/LA PRESTADOR/A

Nombre y apellido Razón/Social: …….

Nº CUIT:…….

Teléfono:..... E-mail:.....

Domicilio de la prestación:.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación / especialidad a brindar: …….

Período: Desde: …… 2027 Hasta: …… 2027

Cantidad de sesiones semanales: …….

Monto por sesión:$: ……. ……Monto mensual: $.....

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

……

Firma y sello del/prestador/a

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto.

D.N.I: …… Firma: ……

Parentesco:..... Aclaración:.....

* 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 3.1 - PRESUPUESTO PRESTACIONAL INSTITUCIONALES

Fecha: …../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DATOS DEL/LA PRESTADOR/A

Nombre y apellido Razón/Social: ……

Nº CUIT:……

Teléfono:..... E-mail:.....

Domicilio de la institución educativa:……

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Modalidad prestacional a brindar: ……

Jornada simple:..... Jordana doble: ……. / CATEGORÍA A: ……..B: ……C: ……

Alimentación SI: …….. NO:..... / Dependencia: SI: ……. NO: ……

Monto mensual: $.....

Período: Desde: …… 2027 Hasta: …… 2027

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

……

Firma y sello del/prestador

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto

D.N.I: …… Firma: ……

Parentesco:..... Aclaración:.....

* 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 3.2 - PRESUPUESTO MÓDULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO

Fecha: …../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DATOS DEL/LA PRESTADOR/A

Nombre y apellido Razón/Social: …….

Nº CUIT:……

Teléfono:..... E-mail:.....

Domicilio de la institución educativa:……

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Módulo Integral Simple: …….. .Módulo Integral Intensivo:.....

Período: Desde: …… 2027 Hasta: …… 2027

Monto mensual: $.....

Prestaciones a brindar: (aclarar la cantidad de sesiones semanales)

1. ……..
2. ……..
3. ……..
4. ……..
5. ……..

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

……

Firma y sello del/prestador

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto.

D.N.I: …… Firma: ……

Parentesco:..... Aclaración:.....

* 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 3.3 - PRESUPUESTO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Fecha: …../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DATOS DEL/LA PRESTADOR/A

Nombre y apellido Razón/Social: ……

Nº CUIT:……

Teléfono:..... E-mail:.....

Domicilio de la institución educativa:……

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Módulo Integral Simple: …….. .Módulo Integral Intensivo:.....

Período: Desde: …… 2027 Hasta: …… 2027

Monto mensual: $.....

Prestaciones a brindar: (aclarar la cantidad de sesiones semanales)

1. **……..**
2. **……..**
3. **……..**

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

……

Firma y sello del/prestador

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto

D.N.I: …… Firma: ……

Parentesco:..... Aclaración:.....

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