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

- Servicio de apoyo a la integración escolar (SAIE).
- Maestra de apoyo.

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

Requisitos y Documentación

1. **PEDIDO MÉDICO SAIE- MAESTRA DE APOYO , ANEXO 2.3** segùn Instructivo.

2. Presentar la **CONFORMIDAD** de prestaciones **ANEXO 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.

3. **Constancia de alumno regular.**

4. **Acta acuerdo** firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela e Institución o maestra de apoyo.

   Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
   Caso contrario, la continuidad quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de Discapacidad de la OSUTHGRA.

5. **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.

6. **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.

7. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL (Plan Pedagógico Individual o Adaptaciones Curriculares):** 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.

8. **PRESUPUESTO (**ANEXO 4)**.**

9. **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE ARCA:** deberá presentarse la impresión de la consulta de la “Constancia de Inscripción” en www.afip.gob.ar emitida el día de confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.

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

11. **INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL** de la prestación brindada.

NOTA DE ATENCIÓN IMPORTANTE REQUISITO EXCLUSIVO DE VALIDEZ

A partir de este período, **toda la documentación del legajo (Pedidos Médicos, Presupuestos, Planes de Tratamiento y Conformidades Prestacionales) deberá ser firmada de manera estrictamente OLÓGRAFA**

- **Firma Ológrafa Deficiente o Firma Pegada:** Al igual que los presupuestos, el médico debe firmar de puño y letra sobre el papel (tinta azul o negra)

- **Prohibición de firmas digitales "híbridas" o pegadas:** No se aceptarán bajo ningún concepto firmas o sellos recortados y pegados como imagen.

- **Enmiendas o Tachaduras:** El pedido médico no puede tener corrector líquido, tachaduras ni escrituras con dos tintas o caligrafías diferentes.

Servicio de Apoyo a la Integración Escolar

1. **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad**, dependiente de la Secretaría Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 328/06-Msalud).

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

Maestra de Apoyo:

1. **Título habilitante.**
2. **Certificado analítico de materias**
3. **Registro Nacional de Prestadores (RNP)**.

Solo podrá ser brindada la prestación de Maestra de Apoyo por: Psicopedagoga, Lic. en Psicopedagogía, Profesor/a en Educación Especial, Maestro/a en Educación Especial o Lic. en Ciencias de la Educación.

En caso de no concordancia entre la edad cronológica y el curso escolar, remitir justificación de Permanencia o Desfase escolar confeccionado por el profesional a cargo e informe escolar del año anterior.

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

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.

NOTA DE ATENCIÓN IMPORTANTE REQUISITO EXCLUSIVO DE VALIDEZ

A partir de este período, **toda la documentación del legajo (Pedidos Médicos, Presupuestos, Planes de Tratamiento y Conformidades Prestacionales) deberá ser firmada de manera estrictamente OLÓGRAFA**

- **Firma Ológrafa Deficiente o Firma Pegada:** Al igual que los presupuestos, el médico debe firmar de puño y letra sobre el papel (tinta azul o negra)
- **Prohibición de firmas digitales "híbridas" o pegadas:** No se aceptarán bajo ningún concepto firmas o sellos recortados y pegados como imagen.
- **Enmiendas o Tachaduras:** El pedido médico no puede tener corrector líquido, tachaduras ni escrituras con dos tintas o caligrafías diferentes.

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

2027 - ANEXO 4 - PRESUPUESTO MÓDULO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - MAESTRA DE APOYO

Fecha: …../……/……

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Nombre y apellido Razón/Social: …….

Nº CUIT:……

Teléfono:..... E-mail:.....

Prestación / especialidad a brindar: …….

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

Cantidad de horas mensuales: ……. ……Monto mensual: $.....

Domicilio de la institución educativa:.....

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.