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

- Transporte.

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

Para gestionar la autorización del servicio de transporte, se debe presentar la totalidad de la documentación detallada a continuación. Toda la información debe ser **perfectamente legible, estar completa y encontrarse vigente**.

1. Documentación Médica y Formularios

- **Pedido Médico de Transporte (Anexo 2.4):** Solicitud emitida y firmada por el médico tratante.
- **Presupuesto de Transporte (Anexo 5):** Se debe presentar **un presupuesto global por todos los traslados o tramos solicitados**. Debe estar completo y sin enmiendas.
- **Conformidad de Transporte (Anexo 1.4):** Completo y firmado de manera obligatoria por la persona con discapacidad, familiar responsable o tutor.
- **Escala de Independencia Funcional - FIM (Anexo 2.5):** Sólo en caso de solicitar Dependencia para el transporte. Debe estar confeccionada por el médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, incluyendo el diagrama de traslado y detallando los apoyos específicos (qué función cumple el transportista).
- **Nota:** Sólo se puede solicitar para beneficiarios a partir de los 6 años de edad.

2. Documentación del Vehículo y Conductor

- **Recorrido de Google Maps:** Impresión en papel del trayecto a realizar, gestionada a través de Google Maps Argentina. https://www.google.com/maps
- **Licencia de Conducir:** Fotocopia nítida de la licencia vigente del chofer.
- **Póliza de Seguro:** Fotocopia del seguro vigente de la unidad.
- **Habilitación:** Fotocopia de la habilitación municipal o comercial vigente para el transporte de personas.
- **VTV:** Constancia aprobada de la Verificación Técnica Vehicular vigente.

3. Requisitos Fiscales y Bancarios

- **Constancia de Inscripción de ARCA (ex AFIP):** Impresión de la constancia obtenida en la web oficial de ARCA https://www.afip.gob.ar/ **Muy importante:** La constancia debe haber sido emitida el mismo día en que se confeccionó el presupuesto para verificar los impuestos activos.
- **Constancia de CBU:** Copia del comprobante de la cuenta bancaria, la cual debe estar **debidamente certificada por el Banco Emisor** (en cumplimiento del Decreto 904/2016

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 completada y 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 5 - PRESUPUESTO de TRANSPORTE

Fecha: …../……/…….

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....……...

Número de CUIL: .....……

DATOS DEL/LA PRESTADOR/A

Nombre y apellido / Razón social del Prestador:…….

N º CUIT:……..

E-mail: ……...Teléfono: ……

Compañía de Seguros:……. N° de Póliza……

Diagrama de traslado a ……..…. (Indicar prestación a la que asiste)

Período: Desde: …… Hasta…….. 2027

Domicilio de partida	Domicilio de Destino	Km diario ida y vuelta	Importe diario	Importe Mensual

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Total km mensuales:……...Valor Km: $…….Monto mensual total: $……..

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

De solicitar **DEPENDENCIA** enumerar los Apoyos específicos que se brindarán:

……

……

……

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