



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

**SOLICITUD de COBERTURA por DISCAPACIDAD
AÑO 2022. INSTRUCTIVO.**

(Beneficiarios Primera vez, Nueva Prestación o Modificación de Plan de tratamiento).

**Expedientes 2022:
Recepción a partir del día lunes 01 de NOVIEMBRE de 2021.**

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

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

Versión actualizada al 01/11/2021.

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 / www.osuthgra.org.ar/

Sr. Beneficiario:

Para solicitar la cobertura de Prestaciones incluidas en el Nomenclador del Marco Básico de Prestaciones a favor de Personas con Discapacidad requerida para las solicitudes 2022 deberá presentarse de la siguiente manera:

1. La documentación podrá ser firmada en forma hológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, **COMPLETA** directamente a la Obra Social, **al mail: sur.disca@uthgra.org.ar** – **bajo el asunto: Seccional - Alta 2022 – Nombre y Apellido del Beneficiario y Nro. de afiliado.**
2. Si existiera alguna dificultad para realizar las presentaciones y solicitudes por medios digitales, deberá presentar la documentación en la Seccional donde se encuentre AFILIADO, **excepto** si se encuentra AFILIADO en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en ese caso, 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 auditoria de la solicitud, se debe presentar toda la documentación completa y en conjunto. NO se aceptará la presentación de documentación parcial.

Se recuerda que **el ingreso de la documentación no implica en si 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 Auditoria en Discapacidad de la Obra Social.

Documentación del Beneficiario:

1. **ANEXO I COMPLETO.**
2. **En los casos de Relación de dependencia, Monotributo o Jubilados Gastronómicos** deberán figurar en el CODEM. Presentar **FOTOCOPIA LEGIBLE**. **Importante:** El titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES y el beneficiario debe figurar como discapacitado en el comprobante.
3. **CONSTANCIA DE EFECTOR SOCIAL: FOTOCOPIA LEGIBLE**. **Importante:** El titular y su grupo familiar deben estar declarados.
4. **AFILIADO GASTRONÓMICO: FOTOCOPIA** 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** del último recibo de sueldo.
7. **AFILIADO CON FONDO de DESEMPLEO: FOTOCOPIA LEGIBLE** de todos los comprobantes de haberes.
8. **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (CUD)** y/o constancia de turno para su renovación según corresponda, extendido por Autoridad Nacional o Provincial de competencia. La **constancia de turno** para realizar el Certificado Único de Discapacidad (CUD) no tiene validez sin fecha de entrega de CUD, firma y sello de la Autoridad de competencia y sin la fotocopia de un CUD anterior.
9. **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.**
10. En caso de no estar escolarizado, se deberá completar el **ANEXO III** firmado por los padres.
11. **Certificado de domicilio** de residencia del beneficiario, si se actualizo o se presenta expediente por primera vez.
12. **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.**

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.

El titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES en el comprobante del CODEM donde el beneficiario figure como discapacitado. Si cambia el TITULAR ACTUALIZAR CODEM.

GASTRONOMICO 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

Documentación Médica:

1. **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - ANEXO IV** confeccionada por el **Médico de Cabecera (Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra o Fisiatra)**. **COMPLETO, LEGIBLE** con fecha **ANTERIOR** al comienzo del tratamiento, con firma y sello del médico. Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del médico.
2. **PEDIDO MEDICO – Ejemplo Anexo IX:** indicando Nombre y Apellido, Nro. de Carnet, Diagnóstico del Beneficiario y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir (Ej. Enero a Diciembre 2022) **LEGIBLE** y con fecha **ANTERIOR** al comienzo del tratamiento. Si se solicita:
 - **PRESTACIONES EDUCATIVAS O ASISTENCIALES:** debe *indicar el tipo de Jornada Simple o Doble* (Ej. EGB, CET, Centro de Día, Jornada simple de FEBRERO a DICIEMBRE 2022). En caso de **Integración Escolar** especificar si es **Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (Equipo) o Maestra de Apoyo**.
 - **TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:** debe detallar la especialidad, frecuencia semanal o mensual y período solicitado. (Ej. fonoaudiología 2 veces por semana de enero a diciembre 2022).
 - **TRANSPORTE ESPECIAL:** El pedido de transporte especial debe indicar la frecuencia, prestación a la que asiste, lugar de partida y destino. (Ej. transporte especial desde su domicilio hacia el consultorio de fonoaudiología de enero a diciembre 2022).
3. **TRANSPORTE - ANEXO V - DSM IV:** La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte. En **primer lugar**, debe figurar “TRANSPORTE” como **Orientación Prestacional dentro del CUD**. En **segundo lugar**, dicho pedido de imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte deberá estar justificado por el médico de cabecera que además deberá completar el **Anexo V Formulario DSM IV** con firma y sello del médico.
4. **FIM – Escala de Independencia Funcional - ANEXO VI:** En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de **Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico**, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), **confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional**. (Res. 1371/2021 SSSalud.)
En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de **transporte** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), **confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional**.

IMPORTANTE

Todos los datos del **SELLO del Médico Tratante** deben ser **LEGIBLES**. (Nombre y Apellido, Especialidad y Nro. de Matrícula)

El pedido médico de las prestaciones **NO puede** ser realizado por un médico de la Institución en la que se realizará el tratamiento.

La fecha de emisión del pedido médico no podrá ser posterior a la fecha de inicio del período solicitado en el mismo. **Debe existir total coincidencia entre lo que se solicita en el pedido médico y lo que el prestador/ Institución/ Transporte presupuesta.**

Todas las instituciones en donde se realicen prestaciones a pacientes con discapacidad 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 de/los Prestador/es (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).
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 para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
3. **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.
4. **Título habilitante.**
5. Las matriculas y los domicilios declarados en AFIP se deben corresponder con el lugar donde se realiza la prestación. Ej.: Si la matricula es de Bariloche, el profesional no puede atender en CABA.
6. **HABILITACIÓN SANITARIA** del consultorio donde se realiza la atención del beneficiario con discapacidad.
7. **CONFORMIDAD** por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II.
8. **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.
9. **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.
10. **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.
11. **PRESUPUESTO** Prestacional.
12. **INFORME DEL PRESTADOR** especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual, **en los casos de solicitar dependencia.**
13. **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP:** 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.
14. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria CERTIFICADO por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).
15. **INFORME DE SEGUIMIENTO** semestral de la prestación brindada.

Documentación del Transportista:

Deberá presentar:

1. **PRESUPUESTO DE TRANSPORTE** en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. **ANEXO VIII (Transporte).**
2. **CONFORMIDAD DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS** firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. **(ANEXO II).**
3. En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (**FIM**), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e **incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.** (que función cumple el transportista para solicitarla).
4. Impresión de Google maps con recorrido a realizar. Se gestiona por Internet ingresando a www.maps.google.com.ar.

5. Fotocopia de la **licencia de conducir Vigente**.
6. Fotocopia de la **póliza de seguro Vigente**.
7. Fotocopia de la **Habilitación Vigente**.
8. **Verificación técnica vehicular**. (VTV).
9. Constancia de AFIP (Ver Punto 5 de Documentación de/los Prestador/es).
10. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria CERTIFICADO por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).

Documentación Específica por Prestación:

INTEGRACION ESCOLAR podrá ser brindada **SOLO** por:

1. **INSTITUCIONES CATEGORIZADAS** para las modalidades de Educación Inicial, Educación General Básica, Centro Educativo Terapéutico con Integración Escolar y Equipos categorizados para esta modalidad.
2. **MAESTRA DE APOYO** podrá ser brindada por: Lic. en Psicopedagogía, Profesor/a en Educación Especial, Maestro/a en Educación Especial o Lic. en Ciencias de la Educación.

Junto con el presupuesto (ver modelo de presupuesto adjunto e incluir **modalidad de la prestación y carga horaria del apoyo escolar**) se deberá presentar:

1. **Título habilitante**.
2. **Certificado analítico de materias** para el caso de no contar con RNP.
3. **Constancia de alumno regular**.
4. **Acta acuerdo** firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
5. **Plan de abordaje individual** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo. (Res. 1371/2021 SSSalud)

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

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO, PERSONAL O AUXILIAR PRIVADO NO DOCENTE, ASISTENTE EXTERNA (PPND/APND/AE): Se deberá tramitar en el **Servicio Social**.

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.

MODIFICACIÓN DE COBERTURA

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo,
Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

Cambio de Titular de la Obra Social.

En los casos que el beneficiario pase a cargo de otro Titular, se deberán presentar los siguientes ítems de la Documentación del Beneficiario: 1, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 que figuran en la página 2.

Además se deberá presentar Pedidos Médicos, Anexo II, Consentimientos y Presupuestos con el nuevo número de Beneficiario. A partir de la fecha de cambio.

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** 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 Instructivo Año 2022.

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 a los padres del beneficiario para evaluar el caso en forma particular y determinará la posibilidad o no de realizar una evaluación por un Centro especializado determinado 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 de 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.

Los expedientes por cobertura de prestaciones de Discapacidad **caducarán cada 31 de diciembre del año** en que fueron solicitados, **debiéndose retirar nuevamente el INSTRUCTIVO VIGENTE para la renovación del Expediente del próximo año.**