



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2024.

Continuidad y Nuevos Trámites.

**Legajos 2024:
Recepción a partir del día lunes 02 de OCTUBRE de 2023.**

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

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

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

Versión actualizada al 29/09/2023.

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 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. Por mail: al correo: sur.disca@uthgra.org.ar – bajo el asunto: **Seccional - Alta 2024 – Nombre y Apellido del Beneficiario y Nro. de afiliado.**

La documentación **COMPLETA Y LEGIBLE**, podrá ser firmada en forma holográfica, electrónica o digital y debe enviarse a través de un archivo por foto o escaneada, directamente a la Obra Social.

2. Si existiera alguna dificultad para realizar la presentación del expediente por medio digital, deberá presentar la documentación en la Seccional donde se encuentre AFILIADO.

Si se encuentra AFILIADO en **CABA**, 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 auditoría del expediente, 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 sí 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 Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

Documentación del Beneficiario:

1. **FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD** (CUD) y/o constancia de turno para su renovación según corresponda, extendido por Autoridad Nacional o Provincial de competencia.
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 en la ANSES y figurar todos en el CODEM. El beneficiario por el cual se solicita el tratamiento tendrá que figurar como discapacitado en el comprobante. Presentar fotocopia legible.
4. **CONSTANCIA DE EFECTOR SOCIAL:** El titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES u organismo correspondiente. Presentar fotocopia legible.
5. **AFILIADO GASTRONÓMICO:** Fotocopia legible del último recibo de sueldo.
6. **AFILIADO MONOTRIBUTISTA:** Fotocopia legible del último ticket de pago del Monotributo anterior al inicio de la prestación.
7. **AFILIADO JUBILADO:** Fotocopia legible del último recibo de haberes.
8. **AFILIADO CON FONDO de DESEMPLEO:** Fotocopia legible de todos los comprobantes de haberes.
9. **ANEXO I COMPLETO.**
10. **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.**
11. **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.**
12. En caso de NO estar escolarizado, se deberá completar el **ANEXO III** firmado por los padres.
13. **Certificado de domicilio** de residencia del beneficiario, **OBLIGATORIO** cuando se solicita 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. Según la Resolución 360/2022.

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@sssaud.gob.ar

Documentación Médica necesaria para todos los tratamientos:

1. **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - ANEXO IV** confeccionada por el **Médico de Cabecera (Pediatra, Neurólogo, Psiquiatra o Fisiatra)**. Debe constar la fecha, firma y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente. **COMPLETO, LEGIBLE** con fecha **anterior** al comienzo del tratamiento. Toda enmienda deberá ser salvada con firma y sello del médico.
2. **PEDIDO MÉDICO:** indicando Nombre y Apellido, Nro. de DNI, Diagnóstico del Beneficiario y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir **LEGIBLE** y con fecha **ANTERIOR** al comienzo del tratamiento. Si se solicita:

Las modalidades educativas en todos sus niveles, apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo deberán estar sujetas al año calendario.

- **PRESTACIONES EDUCATIVAS:** debe *indicar el tipo de Jornada Simple o Doble* y período solicitado. (Ej. EGB, Jornada simple de FEBRERO a DICIEMBRE 2024).
- **CENTRO DE DÍA Y CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO** debe *indicar el tipo de Jornada Simple o Doble*, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia. (Ej. CET, Jornada completa de ENERO a DICIEMBRE 2024).
- **HOGAR, HOGAR CON CENTRO DE DÍA, HOGAR CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO** debe *indicar el tipo de modalidad*, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia. (Ej. HOGAR de lunes a viernes con CET de ENERO a DICIEMBRE 2024).
- **SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR** debe indicar el período solicitado. (Ej. Integración Escolar por equipo, de FEBRERO a DICIEMBRE 2024).
- **MAESTRA DE APOYO:** debe indicar el período solicitado. (Ej. Maestra de Apoyo, de MARZO a DICIEMBRE 2024).
- **TRANSPORTE ESPECIAL:** El pedido de transporte especial debe indicar la prestación a la que asiste, lugar de partida y destino, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia. (Ej. transporte especial desde su domicilio a CET de enero a diciembre de 2024).

Las solicitudes de las prestaciones pueden o no estar sujetas al año calendario, se corresponderá con el período prescripto y podrá ser igual o menor a un año.

- **TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:** debe detallar la especialidad, frecuencia semanal o mensual y período solicitado. (Ej.1: fonoaudiología 2 veces por semana de enero a diciembre 2024 o Ej.2: fonoaudiología 2 veces por semana de marzo 2024 a febrero 2025).
- **TRANSPORTE ESPECIAL:** El pedido de transporte especial debe indicar la prestación a la que asiste, lugar de partida y destino, período solicitado y en caso de corresponder, dependencia. (Ej. 1: transporte especial desde su domicilio a fonoaudiología de enero a diciembre de 2024 o Ej. 2: transporte especial desde su domicilio a fonoaudiología de marzo 2024 a febrero 2025).

Documentación Médica necesaria SOLO para Transporte:

1. **TRANSPORTE - ANEXO V - DSM IV:** El médico de cabecera deberá completar el **Anexo V Formulario DSM IV** con firma y sello, justificando la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.
La aprobación del transporte especial privado se encuentra ligado a la imposibilidad de trasladarse en los medios públicos de transporte. Asimismo, debe figurar **"TRANSPORTE"** como **Orientación Prestacional dentro del CUD.**
La cobertura se brindará hasta un total de **1500 km mensuales**, entre todos los destinos; pudiendo la Obra Social solicitar la derivación a otro establecimiento de igual calidad prestacional, más cercano a su domicilio, así como re-pautar la frecuencia de asistencia, los cronogramas de tratamiento y/o solicitar un informe médico (sujeto a evaluación), el cual deberá avalar:
 - La necesidad de concurrencia al establecimiento y/o prestador seleccionado y la frecuencia de asistencia que motive dicho requerimiento.
 - La falta de un prestador categorizado y de igual calidad prestacional más cercano a su domicilio.
 - La incidencia de las distancias, en el cuadro y evolución del beneficiario.
2. **FIM – Escala de Independencia Funcional - ANEXO VI:** En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de **transporte especial** 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.** (Únicamente para beneficiarios mayores de 6 años).

Documentación Médica necesaria para CET, CED y Hogares:

1. **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. 360/2022 SSSalud.)

IMPORTANTE:

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 necesaria para TODOS los tratamientos:

1. **CONFORMIDAD** de prestaciones **ANEXO II.** Debe incluir todo el tratamiento **COMPLETO** firmado por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor. (Res. 360/2022). 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.

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).
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).
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.
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.
5. **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.
6. **PRESUPUESTO** Prestacional.
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 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.
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.
11. **HOGAR:** en **TODAS** sus modalidades, Informe confeccionado por Trabajador Social que avale su necesidad.

En caso de prestadores que ya trabajan con la obra social excluir los puntos 1, 2 y 8.

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 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.
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.

En caso de prestadores que ya trabajan con la obra social excluir los puntos 1, 2, 3 y 8.

Documentación del Transportista:

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 IX (Transporte).**
2. **CONFORMIDAD DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS** firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. **(ANEXO XIII).**
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 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.
10. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria CERTIFICADO por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).

Documentación Específica para Servicio de Apoyo a la Integración Escolar y Maestra de Apoyo:

1. **Constancia de alumno regular.**
2. **Acta acuerdo** firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo. (Res. 360/2022 SSSalud)

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.
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.
5. **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.
6. **PRESUPUESTO** Prestacional.
7. **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.
8. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria CERTIFICADO por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).
9. **INFORME DE SEGUIMIENTO** semestral de la prestación brindada.

En caso de prestadores que ya trabajan con la obra social excluir el punto 7.

En el caso de Servicio de Apoyo a la Integración Escolar deberán adjuntar:

1. **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).

En caso de prestadores que ya trabajan con la obra social excluir el punto 1.

Solo podrá ser brindado el Servicio de Apoyo a la Integración Escolar por: Instituciones categorizadas para la modalidad de Servicio de Apoyo a la Integración Escolar, instituciones categorizadas para las modalidades de Centro Educativo Terapéutico con Integración Escolar, Educación Inicial / Pre Primaria, Educación General Básica.

En el caso de Maestra de Apoyo:

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

En caso de prestadores que ya trabajan con la obra social excluir los puntos 1 y 2.

Solo podrá ser brindada la prestación de Maestra de Apoyo por: 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 Desfasaje 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.** (servicio.social@uthgra.org.ar, asistencia.social@uthgra.org.ar, tel. 4341-8090 interno 939 / 884 y 853.)

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.

Cambio de Titular de la Obra Social.

En los casos que el beneficiario pase a cargo de otro Titular, se deberán presentar los siguientes 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 beneficiario por el cual se solicita el tratamiento tendrá que figurar como discapacitado en el comprobante. Presentar fotocopia legible.
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 I 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 X) 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 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.**

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@uhtgra.org.ar.
- **Beneficiarios de Seccionales del 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@uhtgra.org.ar.

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.