



## PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE TRÁMITES DE DISCAPACIDAD 2027

En cumplimiento de la **Resolución 1743/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud** y la normativa vigente, hemos actualizado los requisitos para la presentación de solicitudes de prestaciones por discapacidad. A continuación, encontrará una guía sencilla para asegurar que su trámite sea procesado sin demoras.

**¡ATENCIÓN! LA CARGA DE SU DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA LA APROBACIÓN INMEDIATA DE LA PRESTACIÓN.**

### **CONSIDERACIONES GENERALES Y OBLIGATORIAS (ORDEN ANEXO I)**

Para que podamos recibir su trámite, es indispensable cumplir con las siguientes condiciones:

- **Afiliación y Cobertura Vigente:** El beneficiario debe tener una afiliación activa y cobertura vigente en nuestra Obra Social. Recibo de sueldo/Monotributo 3 últimos Recibo de pagos/ Seguro de desempleo último Recibo.
- **DNI** (Frente y dorso)
- **Certificado Único de Discapacidad (CUD):** Debe presentar una copia de su **CUD VIGENTE**.
- **Formulario Datos del Beneficiario completo.**
- **Presentación:** La documentación debe ser presentada de forma virtual en la plataforma de la Obra Social .
- **Documentación Completa:** Es obligatorio que el trámite se cargue con toda la documentación requerida para ser auditado.
- **Proceso de Auditoría:** La recepción de su documentación NO IMPLICA la aprobación inmediata de la prestación. La Obra Social realizará una auditoría para su validación.
- **Sin Retroactivos:** Bajo ninguna circunstancia se autorizarán prestaciones con fecha retroactiva. La prestación solicitada solo puede comenzar una vez que el prestador haya recibido la APROBACION por parte de la Obra Social.
- Se debe iniciar la prestación una vez otorgada la aprobación de la OSCTCP, **EL INICIO DE LA PRESTACION SIN AUTORIZACION PREVIA RESULTA DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR.**
- Una vez que el trámite sea aprobado, la autorización será enviada por correo electrónico únicamente al prestador.
- **Informe Evolutivo Semestral:** Según la Resolución 1743/2024, es **OBLIGATORIO** presentar un informe evolutivo semestral por cada prestación con firma y sello.
- **Firmas Ológrafas:** Todos los documentos deben estar sellados y firmados de forma ológrafa (de puño y letra) por el profesional o la institución tratante. Las firmas digitales no serán consideradas válidas.



## **DOCUMENTACIÓN GENERAL OBLIGATORIA PARA TODOS LOS TRÁMITES**

Junto con la documentación específica de cada prestación, debe adjuntar lo siguiente:

- **ORDEN MEDICA:** con firma, sello, tipo y número de matrícula **legible** del médico tratante. Debe incluir: fecha, nombre y apellido, número de documento del beneficiario.

**\*UTILIZAR EL FORMULARIO QUE SE ENCUENTRA DISPONIBLE EN LA PLATAFORMA O SE DEBE CONFECCIONAR UNA ORDEN POR CADA PRESTACIÓN. DEPENDIENDO DEL TIPO DE PRESTACIÓN A REALIZAR SE CONFECCIONARÁ DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES LINEAMIENTOS:**

- ✓ PRESTACIONES AMBULATORIAS: Especificar cantidad de sesiones indicando especialidad y frecuencia semanal y periodo de prestación
  - ✓ PRESTACIONES INSTITUCIONALES: Será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble). y periodo de prestación
  - ✓ PRESTACIONES EDUCATIVAS: Indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral y del tipo de jornada (simple o doble) y periodo de prestación
- **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ANUAL Y ÚNICA PARA TODAS LAS PRESTACIONES,** con firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante. Debe incluir: fecha, nombre y apellido, número de documento, descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente.
  - En caso de no iniciar la solicitud de alguna prestación requerida en el Orden Medica, deberá presentar formulario de “SOLICITUD NO PRESENTADA” completo en todos sus ítems.

**FIRMA, SELLO, TIPO Y NÚMERO DE MATRÍCULA LEGIBLE DEL MÉDICO TRATANTE.**

**LA FECHA DE LA INDICACIÓN DEBE SER ANTERIOR AL PERÍODO QUE PRESCRIBE.**



## **DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA POR TIPO DE PRESTACIÓN.**

A continuación, encontrará los documentos adicionales que debe presentar para cada tipo de prestación.

### **PRESTACIONES DE APOYO, REHABILITACIÓN (TERAPIAS). ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

- **Informe de Evaluación Inicial:** Exclusivo para trámites nuevos. Debe detallar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Informe Evolutivo de la Prestación:** en el cual conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas, resultados alcanzados, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Plan de Tratamiento/Abordaje:** Con objetivos específicos, áreas, estrategias, frecuencia semanal (días y horarios), modalidad y profesionales intervinientes, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Conformidad del Beneficiario/Familiar:** Debe estar firmada de puño y letra, La fecha de emisión debe ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.
- **Presupuesto:** Detallando aranceles, período , grilla horaria con una duración mínima de 45 minutos por sesión y datos del profesional/institución (CUIT, teléfono, mail, domicilio de Atención y localidad), firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Habilitación del Prestador:**
  - ✓ **Estimulación Temprana/Rehabilitación Institución:** Habilitación y categorización en SENADIS y RNP VIGENTE.
  - ✓ **Prestadores Individuales:** Título habilitante y RNP VIGENTE.



## INTEGRACIÓN ESCOLAR, MAESTRA DE APOYO Y EDUCACIÓN ESPECIAL.

- **Informe de Evaluación Inicial:** Exclusivo para trámites nuevos. Debe detallar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Informe Evolutivo de la Prestación:** en el cual conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas, resultados alcanzados, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Plan de Tratamiento/Abordaje:** Con objetivos específicos, áreas, estrategias, frecuencia semanal (días y horarios), modalidad y profesionales intervinientes, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Conformidad del Beneficiario/Familiar:** Debe estar firmada de puño y letra, La fecha de emisión debe ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.
- **Presupuesto:** Detallando aranceles, período y datos del profesional/institución (CUIT, teléfono, mail, domicilio de Atención y localidad), firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Constancia de Alumno Regular/ Guarda de vacante 2027 (para Educación y Formación Laboral):** Debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo e incluir:
  - Nombre y DNI del beneficiario.
  - Nombre, domicilio, jornada, horarios y **CUE (en caso de Integración o Maestra de Apoyo)** de la institución.
  - Firma y sello de la institución.
- **Acta Acuerdo (para Integración Escolar y Maestra de Apoyo):** Firmada por el familiar, el directivo de la escuela y el prestador. **Es obligatoria y excluyente.**
- **Adaptación Curricular/ PPI:** con el detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por el profesional/equipo tratante.
- **Plan de Abordaje:** Detallando la adecuación curricular si corresponde, con la firma del profesional/equipo tratante.
- **Habilitación del Prestador:**
  - ✓ **Integración Escolar/Educación/Formación:** Habilitación y categorización en **SENADIS VIGENTE.**
  - ✓ **Maestro de Apoyo:** Título habilitante y certificado analítico de materias.



## MÓDULOS DE CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO, CENTRO DE DIA, HOGAR/PEQUEÑO HOGAR.

- **Informe de Evaluación Inicial:** Exclusivo para trámites nuevos. Debe detallar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Informe Evolutivo de la Prestación:** en el cual conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas, resultados alcanzados, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Plan de Tratamiento/Abordaje:** Con objetivos específicos, áreas, estrategias, frecuencia semanal (días y horarios), modalidad y profesionales intervinientes, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **Conformidad del Beneficiario/Familiar:** Debe estar firmada de puño y letra, La fecha de emisión debe ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.
- **Presupuesto:** Detallando aranceles, período y datos del profesional/institución (CUIT, teléfono, mail, domicilio de Atención y localidad), firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- **DEPENDENCIA:** Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) indicando los apoyos que se brinde, confeccionado por un Lic en Terapia Ocupacional.
- **Habilitación del Prestador:** Copia de la habilitación y categorización de la **SENADIS**.  
**Y RNP.**



## **TRANSPORTE**

**IMPORTANTE: NO SE CUBRIRÁN SERVICIOS DE TRANSPORTE CON DEPENDENCIA A MENORES DE 6 AÑOS SEGÚN RESOLUCIÓN SSSALUD.**

**LÍMITE DE KILÓMETROS: La cobertura máxima es de 1500 km mensuales entre todos los destinos según Resolución 1743/24 SSSalud.**

### **DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA POR TRANSPORTE:**

- **ORDEN MEDICA:** con firma, sello, tipo y número de matrícula **legible** del médico tratante. Debe incluir: fecha, nombre y apellido, número de documento del BENEFICIARIO.
- **JUSTIFICACION DE TRANSPORTE:** Utilizar los modelos que se encuentre en la presente guía o se debe confeccionar una orden por cada prestación.

FIRMA, SELLO, TIPO Y NÚMERO DE MATRÍCULA LEGIBLE DEL MÉDICO TRATANTE.

LA FECHA DE LA INDICACIÓN DEBE SER ANTERIOR AL PERÍODO QUE PRESCRIBE.

- **Conformidad afiliada firmado en forma ológrafa (puño y letra)** por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.

*PERIODO 2027: En caso de solicitar traslado, se requiere utilizar exclusivamente la planilla de conformidad que indica “CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN TRASLADOS”.*

*Firmada por persona con discapacidad, por padre/madre o tutor a cargo*

- **Presupuesto de transporte** en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (MAPA) y cronograma de traslado. Datos del transportista (CUIT, teléfono y domicilio, firmado por el prestador).
- **Mapa**, con el recorrido acuerdo al Presupuesto por cada traslado.
- **Habitación vigente.**
- **Póliza de seguro vigente.**
- **Verificación Técnica Vehicular (VTV) vigente.**
- **Licencia de conducir vigente.**
- **DEPENDENCIA:** Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) que contenga un Informe cualitativo y cuantitativo, indicando los apoyos que se brinde, confeccionado por un Lic. En Terapia Ocupacional y/o médico tratante. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma ológrafa (puño y letra) y sello del profesional que la realizo.



## **SOLICITUD DE ALTA DE PRESTADORES NUEVOS**

Si el prestador es nuevo, además de la documentación de la prestación, debe presentar:

- **Formulario de Alta de Prestador:** Completo y con firma y sello.
- **CBU:** Emitido por el banco, que certifique la titularidad de la cuenta.
- **Constancia de Inscripción en ARCA:** Actualizada.
- **Constancia de Ingresos Brutos:** Actualizada (sin excepciones).
- **Certificado de No Retención (si corresponde):** Por exención/exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos.

**IMPORTANTE:** LA OBRA SOCIAL VERIFICARÁ QUE EL PROFESIONAL CUENTE CON SU **INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** VIGENTE Y PUEDE ACORTAR EL PLAZO DE LA AUTORIZACIÓN SI NO SE CUMPLE ESTE REQUISITO.

**Datos importantes para Agendar del Sector Discapacidad:**

**Teléfono:** 4011-5100 interno 130 Y 205 (de lunes a viernes de 9hs a 17hs)

**Correo electrónico :** [tramitesdisca2021@uta.org.ar](mailto:tramitesdisca2021@uta.org.ar)



## **ANEXO I**

### **ORDEN DE PRESENTACION TRAMITE DISCAPACIDAD**

1. CUD VIGENTE (en caso de prorroga debe estar el CUD original)
2. DNI
3. CODEN (EXCLUYENTE PARA JUBILADOS)
4. CARNET
5. RECIBO SUELDO(ULTIMO) /MONOTRIBUTO (ULTIMOS 3)
6. DATOS BENEFICIARIO
7. ORDEN PRESCRIPCION MEDICA
8. RESUMEN HC
9. ESCALA FIM (EN CASO DE CORRESPONDER)
10. RESERVA DE VACANTE /CAR (EN CASO DE CORRESPONDER)
11. CONFORMIDAD
12. PRESUPUESTO
13. INFORME INICIAL-SI ES NUEVO
14. INFORME EVOLUTIVO
15. PLAN DE ABORDAJE-PLAN DE TRATAMIENTO
16. ACTA ACUERDO (PARA MODULO APOYO INTEGRACION ESTCO/MAESTRO DE APOYO)
17. ADAPCIONES CURRICULARES/PPI (PARA MODULO APOYO INTEGRACION ESTCO/MAESTRO DE APOYO)
18. INFORME SEMESTRAL
19. RNP: PROFESIONALES Y TITULO DEBE ESTAR VIGENTE Y **ES EXCLUYENTE PARA LA TOMA DEL TRAMITE.**
20. SENADIS: DEBE ESTAR VIGENTE Y **ES EXCLUYENTE PARA LA TOMA DEL TRAMITE.**
21. HABILITACION VIGENTE

### **TRANSPORTE**

1. ORDEN PRESCRIPCION MEDICA
2. JUSTIFICATIVO
3. CONFORMIDAD DEL TRANSPORTE
4. PRESUPUESTO
5. MAPA
6. HABILITACION VIGENTE PARA EL PERIODO DE LA PRESTACION VIGENTE
7. POLIZA VIGENTE PARA EL PERIODO DE LA PRESTACION
8. VTV VIGENTE PARA EL PERIODO DE LA PRESTACION
9. LICENCIA DE CONDUCIR VIGENTE PARA EL PERIODO DE LA PRESTACION

### **PARA PRESTADORES NUEVOS:**

1. FORMULARIO ALTA
2. CONSTANCIA DE ARCA ACTUALIZADA
3. CONSTANCIA DE IIBB ACTUALIZADA
4. CONSTANCIA CBU