

**OBRA SOCIAL CONDUCTORES  
DE TRANSPORTE COLECTIVO DE  
PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6  
Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 - 5100



---

**DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL AFILIADO  
PERIODO 2022**

Para la renovación y/o inicio de nuevos trámites de afiliados pertenecientes a esta Obra Social, se deberá entregar la documentación detallada en los instructivos entregados. El afiliado a partir de la notificación deberá presentar la documentación dentro de los 30 días.

**IMPORTANTE**

Se dará curso al pedido de cobertura para el año 2022, siempre que NO existiere documentación pendiente de presentación del período 2021.  
Las prestaciones solo serán reconocidas teniendo autorización emitida por la Obra Social. No se reconocerán prestaciones retroactivas.  
El ingreso del trámite no implica aprobación.  
La documentación del prestador debe estar completa. No se recibirán trámites en

1. Fotocopia legible del **CUD (certificado único de discapacidad) vigente** extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud. **Asimismo, se solicitará el certificado y turno si el mismo se encontrara vencido.**  
**IMPORTANTE: EL TURNO DEBE INDICAR DATOS DEL BENEFICIARIO, FECHA DE EMISIÓN DEL TURNO, FECHA DE ENTREGA O PROBABLE ENTREGA DE CERTIFICADO, SELLO Y FIRMA DE LA INSTITUCIÓN QUE LO EMITE.**
2. Fotocopia legible del último recibo de sueldo del titular de la Obra Social.
3. Fotocopia legible de D.N.I. del beneficiario a recibir la prestación (1º y 2º Hoja)
4. **FORMULARIO DATOS DEL AFILIADO.** Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.
5. **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
6. Planilla de **CONSENTIMIENTO** existen tres tipos según la prestación solicitada, completar según corresponda.
7. **ORDEN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.** Los formularios deberán ser confeccionados por profesionales médicos (Clínico, Pediatra, Psiquiatra y/o Neurólogo) pertenecientes a la red asistencial de O.S.C.T.C.P, o bien, por profesionales médicos que pertenezcan a Instituciones Nacionales, Provinciales o Municipales, en estos casos en formularios institucionales que cuenten con el correspondiente membrete y/o sello institucional.

**OBRA SOCIAL CONDUCTORES  
DE TRANSPORTE COLECTIVO DE  
PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6  
Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 - 5100



La fecha de la orden de prescripción médica deberá ser anterior al inicio del período de la prestación (Ej.: Si la orden tiene fecha 5-3-2020, el periodo de cobertura será a partir del 6 de Marzo o fechas posteriores). La prescripción médica original debe indicar la prestación exacta y su modalidad correspondiente. No deben indicarse prestaciones que no vayan a utilizarse. **El sello del médico tratante debe ser legible en su totalidad.**

8. **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.** Debe tener la misma fecha que la orden de prescripción médica. **El sello del médico tratante debe ser legible en su totalidad.**
  
9. ORDEN MÉDICA GENÉRICA PARA PRESTACIONES QUE INDIQUEN DEPENDENCIA (EN CASO DE TENERLA) **EJEMPLO: Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Centro de día y transporte.** Debe tener la misma fecha que la orden de prescripción médica. **El sello del médico tratante debe ser legible en su totalidad.**
  
10. ORDEN MÉDICA GENÉRICA POR CADA TRASLADO QUE SE SOLICITE, **indicando datos del beneficiario (Fecha, Apellido, Nombre y DNI), lugar de traslado y periodo de cobertura. Debe incluir el tipo de establecimiento educacional o de terapia a donde se lo trasladará.** La orden no debe indicar direcciones o nombres de instituciones **y en caso que el traslado tenga dependencia, debe indicarlo en la orden genérica como así también presentar la correspondiente escala FIM.**  
Debe tener la misma fecha que la orden de prescripción médica. **El sello del médico tratante debe ser legible en su totalidad.**
  
11. PLANILLA DE SOLICITUD DE TRANSPORTE (La justificación que se requiere es MEDICA), **debe estar fechada, firmada y sellada por el médico de cabecera, igual a la ORDEN MÉDICA Y RESUMEN DE HISTORIA CLINICA. DEBE JUSTIFICARSE ACABADAMENTE LA PRESTACIÓN SEGÚN SU PATOLOGÍA, especificándose los datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros con un acompañante, ya sea por dificultades motores y/o conductuales. Debe tener la misma fecha que la orden de prescripción médica. **El sello del médico tratante debe ser legible en su totalidad.****

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde el domicilio del beneficiario y hasta el lugar de atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto según la Ley 24901, artículo 13.

12. FORMULARIO DE CROGRAMA DE ACTIVIDADES.
  
13. En caso de solicitar **Apoyo a la Integración Escolar**, deberá presentar **DIRIGIDA a O.S.C.T.C.P. (NO UTA) Constancia de Alumno Regular del corriente año o reserva de vacante para el año**

**OBRA SOCIAL CONDUCTORES  
DE TRANSPORTE COLECTIVO DE  
PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6  
Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 - 5100



entrante con sus datos correspondientes, nombre y apellido del beneficiario. Este certificado debe indicar: dirección exacta de la escuela, localidad, fecha de emisión, días y horarios en los que concurre el beneficiario, CUE – Código Único de establecimiento, la firma de los directivos de la institución y sello de la misma. Se aclara que se deberá presentar constancia de alumno regular del periodo en que se realizará la prestación (2022) dentro de los primeros quince días del mes de Marzo. Asimismo, se aclara que deberá presentar toda la documentación solicitada en el instructivo del prestador. Sin ella no se autorizará el trámite.

**ACLARACIONES IMPORTANTES**

- Los formularios deberán ser confeccionados por profesionales médicos (Clínico, Pediatra, Psiquiatra y/o Neurólogo) pertenecientes a la red asistencial de O.S.C.T.C.P, o bien, por profesionales médicos que pertenezcan a Instituciones Nacionales, Provinciales o Municipales, en estos casos en formularios institucionales que cuenten con el correspondiente membrete y/o sello institucional. Se aclara que no podrán ser confeccionadas las órdenes por los Centros y/o Instituciones que brindarán el servicio de rehabilitación o educativo, ni por profesionales médicos de dichas instituciones. **Se deben completar todos los ítems en letra clara, legible, sin borra, sin tachar, sin liquid, fecha completa (día/mes/año) con firma y sello del profesional.**
- La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por parte de la obra social, sino un compromiso de contraprestación por la realización de una prestación y/o los viajes pautados, **la autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada y con la presentación por parte del prestador de su correspondiente facturación según resolución 276/18; dicha facturación, indica que el periodo de cobertura es de hasta 2 meses anteriores a partir del periodo de prestación.**
- Constancia de concurrencia del año en curso y/o alumno regular según corresponda (2022) de los establecimientos a los que el beneficiario concurre. El mismo debe tener los siguientes datos: Fecha de emisión, dirección exacta de la institución, localidad, días, horarios de concurrencia, firma y sello de los directivos de la institución (SIN TACHAR, ENMENDAR O SALVAR).
- Se evaluará la “**Dependencia**” en el caso de las instituciones y/o transportes, únicamente con la presentación de orden genérica indicando dependencia y de ESCALA FIM debidamente completada y firmada por los profesionales intervinientes según patología del beneficiario (NO debe completarla el MEDICO TRATANTE). En la ESCALA FIM el profesional debe describir las razones por las que se solicita dependencia y debe indicar en forma detallada los apoyos que van a dar para brindar esa dependencia.
- El trámite es **ANUAL**, por lo cual, **cualquier cambio que se produzca posteriormente a la presentación y autorización del trámite inicial, deberá ser informado POR ESCRITO dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad con su correspondiente formulario.** La Obra Social

**OBRA SOCIAL CONDUCTORES  
DE TRANSPORTE COLECTIVO DE  
PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6  
Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 - 5100



no puede tomar conocimiento de las modificaciones en forma verbal y/o telefónica. Ante la disconformidad de un afiliado con un tratamiento autorizado con un prestador determinado, deberá notificar el motivo a la Obra Social por escrito, siendo evaluado por el Área de orientación prestacional y Auditoría Médica para emitir dictamen y conducta a seguir. A continuación se ejemplifican situaciones que se presentan:

- Cambios en el Tratamiento. Deberá presentar:
  1. Nota del cambio de prestador.
  2. Nuevo pedido médico en los casos en que indique ampliación o reducción de tratamiento.
  3. Nuevo resumen de historia clínica con justificación médica.
  4. Todo pedido de modificación de tratamiento quedará sujeto a la reevaluación de la auditoría médica.
- Abandono del Tratamiento
- Fallecimiento del Beneficiario
- Cambio de Domicilio del prestador o beneficiario
- Baja o Cambio de Obra Social
- Cambio de Prestador (El cambio deberá presentarse dentro de los 30 días de realizado, luego de este plazo no se reconocerá).

**Teléfonos Sector Discapacidad**

**Para consultas por Trámites**

**Teléfono: 4011-5100 (Interno 130- 205)**

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

**Servicios Sociales**

**Teléfono: 4011-5100 (Interno 128)**

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