

**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 2024**

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 2024, siempre que NO existiere documentación pendiente de presentación del período 2023.

**LAS PRESTACIONES SOLO SERÁN RECONOCIDAS TENIENDO AUTORIZACIÓN EMITIDA POR LA
OBRA SOCIAL. NO SE RECONOCERÁN PRESTACIONES RETROACTIVAS**

El ingreso del trámite no implica aprobación.

No se recibirá documentación que se encuentre ilegible, tachada, enmendada con corrector y/o deteriorada

El trámite deberá ingresarlo en sede de Obra Social en ORIGINAL: TODA la documentación sin excepción debe estar completa. No se recibirá documentación en la que falten datos y/o documentación solicitada.

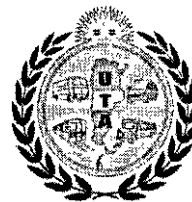
Todos los requerimientos se encuentran sujetos a disposiciones de la autoridad de aplicación

LA DOCUMENTACION DEBERÁ SER ENVIADA EN EL ORDEN QUE SE INDICA A CONTINUACION

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 Prórroga del CUD si el mismo se encontrara vencido dentro del periodo 2022 a 2023. IMPORTANTE: tanto el CUD como la prórroga deben ser LEGIBLES, ESTAR COMPLETOS en su totalidad y deben indicar los datos del beneficiario.**
2. Fotocopia legible del último recibo de sueldo del titular de la Obra Social.
3. Fotocopia de los últimos 3 recibos de pago de monotributo. Al momento de ingreso de trámite deben estar al día con los pagos.
4. CONSTANCIA DE CODEM (COMPROBANTE DE EMPADRONAMIENTO) ACTUALIZADO, CON LA INCORPORACION DE TODO EL GRUPO FAMILIAR DEL TITULAR.
5. Fotocopia legible de D.N.I. del beneficiario a recibir la prestación (1º y 2º Hoja)

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

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



6. **FORMULARIO DATOS DEL AFILIADO.** Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.
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.
La fecha de la orden de prescripción médica deberá ser anterior al inicio del período de la prestación (Ej.: Si la orden tiene fecha 5-3-2023, 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.

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

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



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. **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** completa y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
13. Planilla de **CONSENTIMIENTO** existen tres tipos según la prestación solicitada, completar según corresponda
14. **PRESUPUESTO POR CADA PRESTADOR 2024** – (Ver instructivo de prestadores)
15. **INFORME EVOLUTIVO 2023 (SIN EXCEPCION)**
16. **INFORME INICIAL 2024 (TRATANDOSE DE NUEVA PRESTACIÓN)**
17. **PLAN DE TRATAMIENTO ANUAL 2024**
18. **Categorización** emitida por Agencia Nacional de Discapacidad / Servicio Nacional de Rehabilitación o en su defecto Categoría de inclusión vigente (según corresponda)
19. **Inscripción** emitida por Superintendencia de Servicios de Salud **VIGENTE**. No se autorizará prestación si la inscripción se encuentra vencida. Los prestadores deben estar inscriptos (**ART.29.LEY 23660**)
20. Los profesionales que realizan tratamientos individuales de rehabilitación deberán adjuntar el Registro Nacional de Prestadores, título habilitante, matrícula profesional según jurisdicción – zona en la que prestan servicio - a saber: kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogos, psicomotricistas, terapistas ocupacionales.
21. Los profesionales que realizan prestación de módulo de maestra de apoyo y los centros categorizados que brinden la prestación de integración escolar, deberán presentar: título de la o el profesional que brinda la prestación y certificado analítico de materias.
22. 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 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

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

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



de alumno regular del periodo en que se realizará la prestación (2024) hasta el 15 de mayo del 2024. 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 (2024) 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 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:

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

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



- 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).

PRESTADORES NUEVOS: DEBERÁN PRESENTAR AL MOMENTO DE INGRESO DEL TRAMITE:

FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR COMPLETO FIRMADO Y SELLADO POR EL PRESTADOR (SE DEBE COMPLETAR CADA CAMPO)

CBU EMITIDO Y FIRMADO POR AUTORIDAD DE ENTIDAD BANCARIA. LA CUENTA DEBERA PERTENECER INDEFECTIBLEMENTE A LA PERSONA QUE FIGURE EN EL ALTA Y QUIEN LE BRINDE LA PRESTACION AL BENEFICIARIO.

CONSTANCIA ACTUALIZADA DE INGRESOS BRUTOS.

EN CASO DE CORRESPONDER, DEBERÁ ADJUNTAR LOS CERTIFICADOS DE NO RETENCION POR EXENCIÓN/ EXCLUSIÓN EN INGRESOS BRUTOS Y GANANCIAS.

CONSTANCIA ACTUALIZADA DE INSCRIPCIÓN EN AFIP

TODOS LOS PRESTADORES DEBERAN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA (Caja de Ahorro y/o Cuenta Corriente)

DEBERAN SOLICITAR INSTRUCTIVO EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN

Teléfonos Sector Discapacidad

Para consultas por Trámites

Teléfono: 4011-5100 (Interno 130- 205 - 209)

Correo electrónico: tramitesdisca2021@uta.org.ar

Servicios Sociales

Teléfono: 4011-5100 (Interno 128)

Correo electrónico: ssociales@uta.org.ar