



**INSTRUCTIVOS PRESTADORES DE SERVICIOS: INSTITUCIONES Y/O PROFESIONALES  
PERIODO 2023**

**DOCUMENTACION PARA PRESENTAR**

**IMPORTANTE**

Se dará curso al pedido de cobertura para el año 2023, siempre que NO existiere documentación pendiente de presentación del período 2022.

**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 los cuales falten datos y/o documentación solicitada

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

**El trámite deberá ingresarlo el AFILIADO, VIA ONLINE: deberá enviar TODA la documentación sin excepción en forma completa, TODAS las prestaciones**

**Solo se aceptará documentación en FORMATO PDF. NO se aceptará documentación en foto. En el asunto del correo enviado debe indicar nombre de beneficiario.**

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

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

1. **CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES** firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.
2. **CONSENTIMIENTO DE PLAN DE TRATAMIENTO (NO ES PRESUPUESTO) Existen tres tipos de consentimientos, COMPLETAR según la prestación solicitada.**  
El consentimiento debe tener la misma fecha de emisión que el presupuesto. Completar según corresponda un consentimiento por cada prestación.
3. **PRESUPUESTO en ORIGINAL 2023” que deberá contener los siguientes datos:**
  - **Fecha Exacta de Emisión de presupuesto: Día, Mes y Año**  
La fecha del presupuesto debe ser posterior a la fecha de la orden médica y debe ser anterior al inicio del periodo de cobertura.
  - **Debe estar dirigido a O.S.C.T.C.P. (NO UTA)**
  - Indicar Razón social o nombre del prestador
  - Número de C.U.I.T. del prestador
  - **Domicilio en la que se brinda tratamiento, localidad.**

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

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



- Teléfono
  - Correo electrónico.
  - Datos del afiliado: Apellido, Nombre y DNI (NO INDIQUE NUMERO DE BENEFICIARIO)
  - Indicar periodo de cobertura. En casos de escuelas deberán especificar la matrícula en caso de incluirla y el monto de la misma. Deben indicar Matrícula (No como mes de febrero)
  - Los valores presupuestados deben estar dentro del rango estipulado en la Resolución que se encuentre vigente al momento de presentación del trámite.
  - La prestación solicitada debe coincidir con el período de cobertura presupuestado, como así también con la orden de prescripción médica.
  - **Deben indicar días y horarios en que se brinda prestación. No deben superponerse.**
  - **Si la prestación es en jornada doble**, en el presupuesto deberá constar si **incluye el almuerzo y una colación diaria**, en caso de no figurar se descontará el valor del mismo.
  - En caso de tratamientos ambulatorios o prestaciones de apoyo, el profesional deberá detallar en el presupuesto período de cobertura, cantidad de sesiones semanales, la cantidad de sesiones totales, el valor por sesión y el valor total, teniendo en cuenta la Resolución vigente.
  - En los presupuestos por la prestación de Apoyo a la integración escolar o Maestra de apoyo, deben figurar: Nombre completo de la Escuela Común, dirección y Localidad
  - **LOS PRESUPUESTOS DEBEN ESTAR FIRMADOS Y SELLADOS SIN EXCEPCIÓN POR EL PRESTADOR QUE CORRESPONDA.**
4. **INFORME EVOLUTIVO:** Debe indicar fecha de misión exacta (día, mes y año). Debe constar período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con el beneficiario y su núcleo de apoyo, resultados que se alcanzaron.
5. **PLAN DE TRATAMIENTO ANUAL:** Detallando la misma fecha exacta de emisión (día, mes y año) que el presupuesto, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención. Debe estar firmado y sellado por el prestador que corresponda. **Debe ser personalizado y acorde a la patología del beneficiario.**
6. **GRILLA HORARIA POR CADA PRESTADOR:** Detallando la misma fecha de emisión exacta (día, mes y año) que en el presupuesto con días y horarios de concurrencia. La misma debe estar firmada y sellada por el prestador.
7. **DEBERAN PRESENTAR EVOLUTIVO SEMESTRAL: debe enviarse al correo de: [tramitesdisca2021@uta.org.ar](mailto:tramitesdisca2021@uta.org.ar) : UNICA CASILLA VALIDA PARA ENVIAR INFORME SEMESTRAL.**  
Debe indicar fecha de emisión exacta (día, mes y año). Debe indicar semestre que está entregando. Los prestadores deberán presentar evolutivo en forma semestral. Una vez presentado se renovará la autorización.
8. **EL PRESUPUESTO, PLAN DE TRATAMIENTO, GRILLA HORARIA, ESCALA FIM Y CONSENTIMIENTO DEBEN TENER LA MISMA FECHA DE EMISION**

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

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



9. Fotocopia de la Inscripción emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud, la misma debe encontrarse **vigente. No pudiendo ser autorizada la prestación si la Categorización está vencida o en trámite.** Los prestadores deben estar Inscriptos (**ART.29.LEY 23.660**).
10. Categorización emitida por el Servicio Nacional de Rehabilitación/ Agencia Nacional de Discapacidad o en su defecto Categoría de Inclusión vigente (según corresponda).
11. Habilitación del consultorio.
12. Los profesionales que realizan tratamientos individuales de rehabilitación deberán adjuntar el correspondiente título habilitante, matrícula profesional según jurisdicción – zona en la que prestan servicio- y RNP (Registro Nacional de Prestadores) a saber: kinesiólogos, fonoaudiólogos, Psicopedagogos, Psicólogos, Psicomotricistas y Terapistas Ocupacionales.
13. 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 él profesional que brinda la prestación y certificado analítico de materias.
14. Inscripción en AFIP.
15. **En el caso de incorporar nuevas terapias de rehabilitación, las mismas deben estar debidamente justificadas.**
16. **EN CASO DE INICIO DE TRATAMIENTO:** se deberá presentar un informe de evaluación inicial del beneficiario con objetivos a corto y largo plazo según diagnóstico. El informe deberá estar sellado y firmado por el profesional que brindará la prestación. La evaluación debe tener fecha de emisión exacta (día, mes y año).
17. En caso de solicitar **Apoyo a la Integración Escolar o Maestra de apoyo**, deberá ingresar: a)- **Certificado de Alumno Regular vigente año calendario o reserva de vacante en su defecto.** La constancia de alumno regular debe **indicar: nombre y apellido del beneficiario dirección exacta de la escuela en que se llevará a cabo la integración, localidad, días y horarios de asistencia, número de CUE – Código Único de Establecimiento , con sello y firma de una directivo de la escuela, fechada y dirigido a Obra social (NO SE ACEPTARÁN CONSTANCIAS CORREGIDAS, ENMENDADAS, TACHADAS o que no tengan alguno de los datos mencionados)** b)- **ACTA ACUERDO:** firmada por padres, directivo de escuela a la que asiste y profesional (maestra integradora) o equipo que realiza la integración c)- **Adaptaciones curriculares** (las mismas deben estar divididas por áreas: matemática, lengua, ciencias sociales, etc.) debe entregarse con firma del directivo de la escuela común, junto con profesional integrador (Maestra o profesora de educación especial,

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

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



Psicopedagoga o Licenciada en Ciencias de la Educación y el equipo que interviene) que brinda la prestación y los padres y/o tutor del beneficiario.

**Se aclara que esta documentación deberá ser entregada antes del 15 de mayo del 2023. De no presentarse el trámite automáticamente pasara a NO autorizado.**

18. La cobertura del Módulo Apoyo a la integración escolar (Según acta 273 que modifica las actas 246, 248 y 141) podrá ser brindada por:

Equipo categorizado: Este módulo tiene las siguientes características: Los maestros para poder prestar la prestación del módulo deben pertenecer: a) A una Escuela Especial b) A un Centro Educativo Terapéutico c) A un equipo interdisciplinario categorizado.

El equipo debe ser interdisciplinario (integrado por profesionales de más de una especialidad, especialmente categorizado o capacitado para tal fin - Res.1328/06- ). Todos los profesionales intervinientes deberán firmar el plan de trabajo correspondiente.

Para el módulo de equipo de integración la carga horaria mínima es de 32hs mensuales.

Maestro de Apoyo: podrán brindar dicha modalidad Maestra o profesora de educación especial, Psicopedagoga o Licenciada en Ciencias de la Educación. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Para el módulo de maestra de apoyo la carga horaria mínima es de 24hs mensuales. Caso contrario se considerará la prestación como maestra de apoyo valor hora.

Se recuerda que siempre el modulo de apoyo a la integración escolar sea brindado por un equipo interdisciplinario o bien por una maestra de apoyo debe realizarse la prestación en la institución educativa. Asimismo, pueden complementarse con refuerzo en consultorio particular a contra turno.

**ACLARACIONES IMPORTANTES**

- Se aclara que las ordenes médicas no podrán ser confeccionadas por los Centros y/o Instituciones que brindarán el servicio de rehabilitación o educativo, ni por profesionales médicos de dichas instituciones
- **Para que se evalúe la dependencia debe presentarse la ESCALA FIM:** En la misma se debe indicar fecha de emisión IGUAL A LA FECHA DEL PRESUPUESTO y CONSENTIMIENTO (día, mes y año), Nombre y apellido del beneficiario, puntaje total y firma del profesional o los profesionales intervinientes en el tratamiento según la patología de base del beneficiario. De ser un centro deberán firmar todos los profesionales.
- 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.** 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

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

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



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). Para el cambio deberá completarse formulario de cambio.

**- La prestación de hidroterapia sólo podrá brindarla un centro de rehabilitación. Se aclara que la misma debe realizarse dentro de una institución categorizada para tal fin.**

**REQUISITOS PARA FACTURACIÓN**

- Solo podrá presentar facturación de prestaciones efectivamente AUTORIZADAS.
- La facturación deberá ser presentada a mes vencido del 1 al 10 de cada mes.
- **Único canal válido a partir del 1° de Octubre 2022 para la presentación de la facturación por servicios brindados y con autorización remitida por esta institución, será a través de la Plataforma Virtual <http://osctcpnet.org.ar/admcontable/index.asp>**
- La facturación debe ser presentada en tiempo y forma a los 30 días corridos de brindada la prestación y adaptándose a la RESOLUCION 276/18, la cual indica que el periodo de cobertura es de hasta 2 meses anteriores, a partir del periodo de prestación.
- La facturación deberá estar dirigida a la O.S.C.T.C.P.
- En la descripción deberán constar TODOS los datos que figuran en la **RESOLUCION 360/21**:

La Factura deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (Cuit y Nombre), deberá contener: 1) Nombre, Apellido y DNI del beneficiario 2) Período de prestación 3) Prestación brindada, según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. 4) Modalidad, jornada (doble y simple), categoría del establecimiento si correspondiere, si incluyere dependencia y en el caso de especialidades 5)-cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas 6)- Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas. **En el caso de Transporte se deberá detallar:** 1) Direcciones de partida y destino 2) Cantidad de viajes por día y mensual 3)- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje 4)- Total de kilómetros del mes 5)- Indicar si incluye dependencia

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



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

- Se deberá acompañar con la factura LA PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL que deberá estar **FIRMADA POR EL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO** con aclaración de firma, número de D.N.I. y tipo de parentesco y por el prestador que otorgó la prestación.
- Para Escuela, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, centro de día, etc., debe detallar la categoría de la institución y tipo de jornada. En el caso de tener alimentación, la misma debe facturarse en factura separada de la prestación principal detallando cantidad de días, valor diario y periodo de cobertura.
- **LA FACTURACION PRESENTADA NO PODRÁ ESTAR TACHADA, ENMENDADA CON NINGUN TIPO DE CORRECTOR, NI DETERIORADA.**
- Ante un cambio de resolución que modifique los aranceles debe estar indicada en la factura la Resolución que corresponde.
- Asimismo, la impugnación registrará para todos los requisitos detallados y los plasmados en el instructivo de facturación, que no sean cumplidos por el prestador.
- **PRESTADORES NUEVOS:**

**DEBERÁN PRESENTAR AL MOMENTO DE INGRESO DEL TRAMITE:**

- **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR FIRMADO Y SELLADO POR EL PRESTADOR**
- **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 ESTAR EXENTOS DEBERAN PRESENTAR LOS COMPROBANTES DE EXCENCION O EXCLUSION (DE CORRESPONDER)**
- **CONSTANCIA ACTUALIZADA DE INSCRIPCION 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)**

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

**Servicio Social**

**Teléfono: 4011-5100 (interno 128)**

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

**Para consultas por facturación ingresada**

**Teléfonos: 4011-5100 (interno 148/129)**

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