



# INSTRUCTIVO PRESTACIONES DISCAPACIDAD 2025

## LINEAMIENTOS GENERALES

### Por favor leer con atención:

De acuerdo con la Resolución 1743/2024, se incluyen las modificaciones e indicaciones para presentar la documentación por el área de Discapacidad:

#### SEGÚN NORMATIVA VIGENTE SUPERINTENDENCIA SERVICIOS DE SALUD.

- Afiliación y Cobertura vigente.
  - Certificado Único De Discapacidad (CUD) - Vigente
  - **Se encuentran incluidos en la cobertura a** beneficiarios mayores de un año (1) de edad hasta los sesenta años (60) inclusive. La presentación del trámite culmina cada 31 de diciembre del año en curso, debiendo presentar nuevamente toda la documentación para la renovación del año entrante.
  - La documentación de todas las prestaciones para CABA y Gran Buenos Aires deberá ser presentada únicamente de forma presencial en ORIGINAL en sede de Obra Social.
  - Para el interior del país es necesario se comuniquen directamente con la Delegación/Seccional que corresponda. Y/o por casilla de correo habilitada a tal fin: [seccionalesdisca@uta.org.ar](mailto:seccionalesdisca@uta.org.ar) ,solo de tomara como válida y de forma exclusiva la documentación para el ingreso del tramites 2025, se desestimara cualquier otra documentación y/o consulta.
  - Recibida la documentación en el Dpto. de RECUPERO PRESTACIONES DISCAPACIDAD – SEDE CENTRAL, en forma completa será auditada para su correspondiente autorización. Si fuera necesario, el área de DISCAPACIDAD podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.
- a) **LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA DEBE ESTAR COMPLETA PARA SER AUDITADA POR LA OBRA SOCIAL.**

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



- 
- b) LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA LA APROBACIÓN DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA.**
- c) INICIAR LA PRESTACIÓN UNA VEZ OTORGADA LA APROBACIÓN DE LA OSCTCP. EL INICIO DE LAS PRESTACIONES SIN AUTORIZACIÓN PREVIA RESULTA DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR.**
- La autorización de la cobertura se realizará conforme a lo dispuesto en el nomenclador vigente de prestaciones básicas de discapacidad y a la Resolución 1743/2024 y será enviada por mail al prestador.
  - **NO SE AUTORIZAN PRESTACIONES CON RETROACTIVO.**

**IMPORTANTE**

- **DEPENDENCIA:**

Para las prestaciones con dependencia se debe presentar Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), e Informe del Prestador indicando los apoyos que se brinden.

- **TRANSPORTE:**

De acuerdo a Res. de la Superintendencia de Servicios de Salud del mes de marzo 2020, **NO se cubrirán transportes con DEPENDENCIA a quienes sean menores de 6 años.**

**La cobertura se brindará hasta un total de 1.500 km mensuales, entre todos los destinos. Según Resolución 1743/2024 SSS.**



## **GUÍA DE DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL**

<b>ESTABLECIMIENTOS (EGB/CET/CTRO.DIA)</b>
1-CUD
2-PRESCRIPCIÓN MÉDICA
3-RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
4-INFORME INICIAL O EVOLUTIVO
5-PRESUPUESTO
6-PLAN DE TRABAJO
7-REGISTRO PRESTADOR/HABILITACIÓN
8-CONFORMIDAD AFILIADO
9-FIM (SI CORRESPONDE)

<b>MODULO AMBULATORIO/ES. TEMPRANA</b>
1-CUD
2-PRESCRIPCIÓN MÉDICA
3-RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
4-INFORME INICIAL O EVOLUTIVO
5-PRESUPUESTO
6-PLAN DE TRABAJO
7-REGISTRO PRESTADOR/HABILITACIÓN
8-CONFORMIDAD AFILIADO

<b>PRESTACIÓN DE APOYO</b>
1-CUD
2-PRESCRIPCIÓN MÉDICA
3-RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
4-INFORME INICIAL O EVOLUTIVO
5-PRESUPUESTO
6-PLAN DE TRABAJO
7-REGISTRO PRESTADOR/TÍTULO
8-CONFORMIDAD AFILIADO
9-CONSTANCIA ALUMNO REGULAR/RESERVA VACANTE

<b>INT. ESCOLAR/MAESTRA APOYO</b>
1-CUD
2-PRESCRIPCIÓN MÉDICA
3-RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
4-INFORME INICIAL O EVOLUTIVO
5-PRESUPUESTO
6-PLAN DE TRABAJO
7-REGISTRO PRESTADOR/TÍTULO/ANALÍTICO
8-CONFORMIDAD AFILIADO
9-CONSTANCIA ALUMNO REGULAR/RESERVA VACANTE
10-ACTA ACUERDO
11-ADECUACIÓN CURRICULAR (SI CORRESPONDE)

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



<b>HOGARES</b>
1-CUD
2-PRESCRIPCION MEDICA
3-RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
4-PRESUPUESTO
5-PLAN DE TRABAJO
6-CONFORMIDAD AFILIADO
7- INFORME INICIAL O EVOLUTIVO
8-INFORME SOCIAL
9-REGISTRO PRESTADOR/HABILITACIÓN
10- FIM (SI CORRESPONDE)

<b>TRANSPORTE</b>
1-CUD
2-PRESCRIPCION MEDICA
3-RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
4-JUSTIFICACION DE TRANSPORTE
5-PRESUPUESTO
6-MAPA
7-CONFORMIDAD AFILIADO
8-FIM (SI CORRESPONDE)
9- CONSTANCIA ALUMNO REGULAR (SI CORRESPONDE)
10-HABILITACION, SEGURO, VTV Y LIC CONDUCIR VIGENTE



## **DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

- **DOCUMENTACIÓN DEL/LA AFILIADO**

1. CUD -CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD VIGENTE
2. DNI
3. CODEM (**JUBILADOS EXCLUYENTE**)
4. Formulario “**DATOS BENEFICIARIO COMPLETO**”
5. CONSTANCIA DE AFILIACIÓN: Recibo de sueldo/ Monotributo 3 últimos Recibo de pagos/ Seguro de desempleo último Recibo.

- **DOCUMENTACIÓN GENERAL**

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

\*Utilizar el modelo que se encuentre en el presente instructivo y/o confeccionar una orden por cada prestación. Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo a los siguientes lineamientos:

- AI. PRESTACIONES AMBULATORIAS:** Especificar cantidad de sesiones indicando especialidad y frecuencia semanal y periodo de prestación
  - AII. PRESTACIONES INSTITUCIONALES:** Será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble). y periodo de prestación
  - AIII. PRESTACIONES EDUCATIVAS:** Indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral y del tipo de jornada (simple o doble) y periodo de prestación
- B. **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; diagnóstico, descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente.

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

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



## **PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN (PRESTACIONES DE APOYO)**

Se denomina prestación de apoyo a aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Las prestaciones de apoyo comprenden las siguientes terapias: Kinesiología – Terapia Ocupacional – Psicología – Fonoaudiología – Psicopedagogía – Psicomotricidad - Musicoterapia. El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal (Escolaridad, CET, Centro de día, etc.). El máximo de horas total de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

**A. PRESCRIPCIÓN MÉDICA:**

**B. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA,** justificando la prestación solicitada.

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.

**C. INFORME DE EVALUACION INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador y con fecha de emisión.

**D. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**E. PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervinientes, firmado por el prestador.

**F. CONFORMIDAD firmada 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.

**G. PRESUPUESTO:** que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.

**H. INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán como válidas las firmas digitales.**

- I. **Copia del título habilitante** del profesional e Inscripción en REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES o, en caso de que realice el tratamiento en una institución, habilitación e INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

**IMPORTANTE: para poder brindar prestaciones, el profesional deberá contar con inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES vigente y otros vigentes de atención sanitaria. O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización.**

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA.**
- D. CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**

En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos.



## **MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

Se entiende por estimulación temprana al proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y el niño pequeño con alguna discapacidad. Está destinado a bebés y niños pequeños, entre 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL).

A. **PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

B. **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA** justificando la prestación solicitada.

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.

C. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.

D. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

E. **PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, modalidad de prestación y profesionales intervinientes. Se deben detallar las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales, firmado por el prestador.

F. **CONFORMIDAD firmada 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.

G. **PRESUPUESTO** que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.

H. **INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL** donde conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



---

**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán como válidas las firmas digitales.**

- I. **COPIA DEL TÍTULO** habilitante del profesional e Inscripción en Registro Nacional de Prestadores o, en caso de que realice el tratamiento en una institución, habilitación e Inscripción en Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicio de la Salud .

**IMPORTANTE:** para poder brindar prestaciones, el profesional deberá contar con inscripción en el **REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** vigente y otros vigentes de atención sanitaria. O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización.

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. **CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. **CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA**
- D. **CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**

En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos



## **MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO/SIMPLE**

Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación a fin de recibir atención ambulatoria. La modalidad de cobertura es a través del módulo de tratamiento integral intensivo o módulo por tratamiento integral simple

**IMPORTANTE:** las prestaciones individuales que superen las 32 (treinta y dos) sesiones mensuales, deberán dividir el valor del módulo (módulo integral intensivo) en el total de la sesiones.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

**A. PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

**B. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**, justificando la prestación solicitada.

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.

**C. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.

**D. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**E. PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el beneficiario) y modalidad de prestación, firmada por el prestador.

**F. CONFORMIDAD firmada 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.

**G. PRESUPUESTO** que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.

**H. INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán como válidas las firmas digitales.**

- I. **COPIA DEL TÍTULO** habilitante del profesional e Inscripción en Registro Nacional de Prestadores o, en caso de que realice el tratamiento en una institución, habilitación e Inscripción en Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicio de la Salud.

**IMPORTANTE:** para poder brindar prestaciones, el profesional deberá contar con inscripción en el **REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** vigente y otros vigentes de atención sanitaria. O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización.

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. **CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. **CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA**
- D. **CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**

En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos



## **EDUCACIÓN ESPECIAL INICIAL - EGB**

### **NIVEL INICIAL**

Proceso educativo especial correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello. Existen escuelas categorizadas para brindar esta prestación.

### **EGB**

Proceso educativo especial programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

**A. PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

**B. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA** justificando la prestación solicitada.

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.

**C. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.

**D. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**E. PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente) y modalidad de prestación, firmado por el prestador.

**F. CONFORMIDAD firmada 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.

**G. PRESUPUESTO** Que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.

**H. INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán como válidas las firmas digitales.**

- I. **COPIA DE LA HABILITACIÓN E INSCRIPCIÓN EN REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** de Servicio de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad.

**IMPORTANTE:** para poder brindar prestaciones, la institución deberá contar con inscripción en el **REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** vigente y otros vigentes de atención sanitaria. O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización.

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. **CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. **CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA**
- D. **CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**  
En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos



## **FORMACIÓN LABORAL**

Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional, cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobada por organismos oficiales competentes en la materia. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

**A. PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

**B. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA,** justificando la prestación solicitada.

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.

**C. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.

**D. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**E. PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el beneficiario) y modalidad de prestación, firmada por el prestador.

**F. CONFORMIDAD firmada 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.

**G. PRESUPUESTO** que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.

**H. INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán como válidas las firmas digitales.**

- I. **COPIA DE LA HABILITACIÓN E INSCRIPCIÓN EN REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** de Servicio de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad.

**IMPORTANTE:** para poder brindar prestaciones, el profesional deberá contar con inscripción en el **REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** vigente y otros vigentes de atención sanitaria. O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. **CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. **CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA**
- D. **CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**

En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos



## **MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR**

Los servicios educativos de apoyo a las instituciones de educación común tienen por objeto ofrecer los apoyos específicos para la evaluación y la atención de alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes, dentro del ámbito de la educación común, en todos sus niveles. Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo.

El equipo de apoyo técnico especializado podrá pertenecer a una escuela especial, centro educativo terapéutico con integración escolar o actuar independientemente, capacitado para tal fin. Deberá articular y coordinar su accionar con el equipo docente de la escuela común donde el niño concurra, y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio deberá brindarse por módulo de un mínimo de 8 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional, articulado con la escuela común.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

**A. PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

**B. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA** justificando la prestación solicitada.

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.

**C. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.

**D. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**E. PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL:** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el beneficiario) y modalidad de prestación, firmada por el prestador

**F. CONFORMIDAD firmada 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.

**G. PRESUPUESTO** que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



H. **CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR** (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo) **o constancia guarda de vacante** y debe contener la siguiente información:

**HI.** Nombre del Beneficiario/DNI

**HII.** Nombre de la Institución

**HIII.** Domicilio de la Institución

**HIV.** CUE N°

**HV.** Jornada-Horarios

**HVI.** Firma y Sello de la Institución.

**Se podrá presentar hasta el 15 de mayo de 2025, con fecha posterior al inicio del ciclo lectivo.**

I. **ACTA ACUERDO** firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Para que el documento sea válido debe contar con las tres firmas.

J. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.

**MUY IMPORTANTE: PRESENTAR LA CONSTANCIA, ACTA y PLAN DE ABORDAJE, O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de estos requisitos, pudiendo acotar el plazo de la autorización.**

K. **INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán como válidas las firmas digitales.**

L. **COPIA DE LA HABILITACIÓN E INSCRIPCIÓN EN REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** de Servicio de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad.

**IMPORTANTE: para poder brindar prestaciones, la institución deberá contar con inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES vigente y otros vigentes de atención sanitaria. O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización.**

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

E. **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.

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

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



- 
- F. **CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- G. **CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA**
- H. **CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**

En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos



## **MÓDULO MAESTRO DE APOYO**

Es un proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico y articulado con la escuela común que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad referida. Se reconocerá con Psicopedagogo/a, Licenciado/a en Ciencias de la Educación, Maestro/a Especial o Profesor/a de Educación Especial, con títulos habilitantes. El profesional a cargo de esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

**A. PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

**B. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA,** justificando la prestación solicitada.

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.

**C. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.

**D. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**E. PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el beneficiario) y modalidad de prestación, firmada por el prestador.

**F. CONFORMIDAD firmada 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.

**G. PRESUPUESTO** que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.

**H. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR,** (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo) **o CONSTANCIA GUARDA DE VACANTE** y debe contener la siguiente información:

**HI.** Nombre del Beneficiario/DNI

**HII.** Nombre de la Institución

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



- HIII.** Domicilio de la Institución
- HIV.** CUE N°
- HV.** Jornada-Horarios
- HVI.** Firma y Sello de la Institución.

**Se podrá presentar hasta el 15 de Mayo de 2025, con fecha posterior al inicio del ciclo lectivo.**

- I. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Para que el documento sea válido debe contar con las tres firmas.**
- J. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.

**MUY IMPORTANTE: PRESENTAR LA CONSTANCIA, ACTA y PLAN DE ABORDAJE, O.S.C.T.C.P. verificará el cumplimiento de estos requisitos, pudiendo acotar el plazo de la autorización.**

- K. INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán como válidas las firmas digitales.**

- L. COPIA DEL TÍTULO HABILITANTE Y CERTIFICADO ANALÍTICO** de materias para la prestación Maestro de Apoyo.

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA**
- D. CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**

En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos.



---

## **CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO**

Es aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimiento y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Estas metodologías pueden incorporar, reformulados pedagógicamente, recursos extraídos del campo terapéutico: por lo que el equipo profesional que las investigue, produzca y aplique tendrá una composición y conformación que permita ese abordaje.

Está dirigido a personas con discapacidad que presentes restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

La organización educativo terapéutica en todo servicio deberá incluir como mínimo tres (3) sesiones individuales para la modalidad de concurrencia de jornada doble y dos (2) sesiones individuales en caso de jornada simple de las distintas especialidades o de alguna de ellas, determinadas a partir de la evaluación inicial interdisciplinaria y la estrategia de abordaje para cada caso en particular.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

- A. **PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**
- B. **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA** justificando la prestación solicitada.  
Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.  
La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
- C. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador y con fecha de emisión.
- D. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.
- E. **PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervinientes, firmado por el prestador.
- F. **CONFORMIDAD firmada 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.

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



- G. **PRESUPUESTO** que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.
- H. **EN CASO DE SOLICITAR 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. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma ológrafa (puño y letra) y sello del profesional que la realizo.
- I. **INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán como válidas las firmas digitales.**

- M. **COPIA DE LA HABILITACIÓN E INSCRIPCIÓN EN REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** de Servicio de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad. (ANDIS).

**IMPORTANTE:** para poder brindar prestaciones, la institución deberá contar con la Inscripción a la ANDIS y otros vigentes de atención sanitaria. O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización.

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. **CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. **CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA**
- D. **CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**  
En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos.



---

## **CENTRO DE DÍA**

Es el servicio que se brinda a la persona con discapacidad con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

**A. PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

**B. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA** justificando la prestación solicitada.

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe

**C. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador y con fecha de emisión.

**D. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**E. PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervinientes, firmado por el prestador.

**F. CONFORMIDAD firmada 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.

**G. PRESUPUESTO** que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.

**H. EN CASO DE SOLICITAR 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. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma ológrafa (puño y letra) y sello del profesional que la realizo.

**I. INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán válidas las firmas digitales.**

**J. COPIA DE LA HABILITACIÓN E INSCRIPCIÓN EN REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** de Servicio de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad. (ANDIS).

**IMPORTANTE:** para poder brindar prestaciones, la institución deberá contar con la Inscripción a la ANDIS y otros vigentes de atención sanitaria. O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización.

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. **CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. **CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA .**
- D. **CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**

En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos.



## **HOGAR/PEQUEÑO HOGAR**

Es un recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral de los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Está destinado a personas que requieren de una infraestructura especializada para su atención, sin la cual se hace difícil su supervivencia, en especial aquellas cuya discapacidad y nivel de auto-valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieras mayor grado de dependencia y protección.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

**A. PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

**B. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA** justificando la prestación solicitada.

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe

**C. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador y con fecha de emisión.

**D. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACION:** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**E. PLAN DE TRATAMIENTO/ABORDAJE INDIVIDUAL** con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervinientes, firmado por el prestador.

**F. CONFORMIDAD** firmada 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.

**G. PRESUPUESTO** Que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, frecuencia, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención, firmado por el prestador.

**H. EN CASO DE SOLICITAR 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. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma ológrafa (puño y letra) y sello del profesional que la realizo.

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



- I. **INFORME SOCIO AMBIENTAL** que avale la necesidad, emitido por Lic. en Trabajo Social.
- J. **INFORME EVOLUTIVO SEMESTRAL** en el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (Resolución 1743/2024 SSSalud), firmado por el prestador.

**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. NO se tomarán como válidas las firmas digitales.**

- K. **COPIA DE LA HABILITACIÓN E INSCRIPCIÓN EN REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES** de Servicio de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad. **(ANDIS)**

**IMPORTANTE:** para poder brindar prestaciones, la institución deberá contar con la Inscripción a la ANDIS y otros vigentes de atención sanitaria. O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización.

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. **CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. **CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA .**
- D. **CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**

En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos.



## **TRANSPORTE**

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención o establecimientos educativos y viceversa. El médico tratante deberá fundamentar la solicitud de transporte aportando datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público. Esta prestación también debe justificarse en el Resumen de Historia Clínica.

### **IMPORTANTE:**

- La cobertura se brindará hasta un total de 1500 km mensuales, entre todos los destinos.
- En caso de solicitar dependencia, la misma podrá ser autorizada a afiliados a partir de los 6 años.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

(Para una mejor referencia utilizar como guía los cuadros de DOCUMENTACIÓN POR CADA MODALIDAD PRESTACIONAL)

**A. PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

**B. JUSTIFICACIÓN DE TRANSPORTE**

Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante.

La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.

**C. CONFORMIDAD TRANSPORTE *firmada 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 2025: En caso de solicitar traslado, se requiere utilizar exclusivamente la planilla de conformidad que indica “CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN TRANSPORTE”. Firmada por persona con discapacidad, por padre/madre o tutor a cargo.***

**D. PRESUPUESTO DE TRANSPORTE:** en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme al programa de georeferenciamiento utilizado-MAPA) y cronograma de traslado. Datos del transportista (CUIT, teléfono y domicilio) firmado por el prestador.

**E. MAPA,** con el recorrido de acuerdo al Presupuesto por cada traslado.

**F. HABITACIÓN VIGENTE.**

**G. PÓLIZA DE SEGURO VIGENTE.**

**H. VERIFICACIÓN TÉCNICA VEHICULAR (VTV) VIGENTE.**

**I. LICENCIA DE CONDUCIR VIGENTE.**

**J. EN CASO DE SOLICITAR 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

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

Moreno 3037 - CABA  
Tel. (011) 4011 – 5100 INTE 205



nombre del beneficiario, la fecha, la firma ológrafa (puño y letra) y sello del profesional que la realizo.

**IMPORTANTE: para poder brindar prestaciones, los transportistas deberán contar con documentación vigentes . O.S.C.T.C.P verificará el cumplimiento de este requisito, pudiendo acotar el plazo de la autorización.**

**Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante y con fecha de emisión. **NO se tomarán como válidas las firmas digitales.****

**PRESTADORES NUEVOS:**

La presentación de la documentación a continuación detallada es **EXCLUYENTE** para la autorización de las prestaciones:

- A. **FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADOR:** completo en cada campo con firma y sello del prestador.
- B. **CONSTANCIA DE CBU:** emitido por la entidad bancaria del prestador donde figuren los datos del titular de la cuenta (DEBERÁN CONTAR CON UNA CUENTA BANCARIA PROPIA).
- C. **CONSTANCIA DE OPCIÓN/INSCRIPCIÓN EN LA AFIP ACTUALIZADA.**
- D. **CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS ACTUALIZADA (SIN EXCEPCIÓN)**  
En caso de corresponder Certificado de No Retención por Exención/Exclusión de Ganancias e Ingresos Brutos.

**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)**

**(EXCLUSIVO PARA INGRESO DE TRAMITES 2025, se desestimará cualquier otra documentación y/o consulta).**

**INTERIOR DEL PAIS Delegación/Seccional: [seccionalesdisca@uta.org.ar](mailto:seccionalesdisca@uta.org.ar)**

- **(EXCLUSIVO PARA INGRESO DE TRAMITES 2025, se desestimará cualquier otra documentación y/o consulta).**