



**OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL TURISMO,
HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA
REPÚBLICA ARGENTINA**

**CONTINUIDAD de la prestación PERÍODO ASPO/DISPO 2021 -
COBERTURA por DISCAPACIDAD. INSTRUCTIVO.**

***PARA CONTINUAR CON LA COBERTURA DE PRESTACIONES
UNA VEZ FINALIZADO EL ASPO/DISPO SE DEBERÁ
PRESENTAR TODA LA DOCUMENTACIÓN SEGÚN
INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2021.***

**Expedientes 2021 ASPO/DISPO:
Recepción a partir del día lunes 09 de NOVIEMBRE de 2020.**

EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA EN SI MISMA SU AUTORIZACIÓN.

El presente Instructivo queda sujeto a futuros cambios de normativas por parte de la Secretaría de Salud, de la Agencia Nacional de Discapacidad y/o de la Superintendencia de Seguros de Salud.

Versión actualizada al 05/11/2020.

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).

En caso de dudas comunicarse con el Sector DISCAPACIDAD Tel.: 4341-8090 Int.: 946 / 4341-8232 /

e-mail: sur.disca@uthgra.org.ar / www.osuthgra.org.ar Descargas para Trámites / Para Trámites Sobre Discapacidad.

Sr. Beneficiario:

Para solicitar la **CONTINUIDAD** de cobertura de Prestaciones incluidas en el Nomenclador del Marco Básico de Prestaciones a favor de Personas con Discapacidad:

Mientras perduren las condiciones establecidas en el Decreto N° 297/20 PEN, y sus modificatorios y complementarios, **las prestaciones que se encuentren en curso, aprobadas por el equipo interdisciplinario de la Obra Social para el año 2020, podrán prorrogarse de común acuerdo entre la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y el/los profesional/es/prestador/es.**

Una vez finalizadas las medidas del aislamiento social, preventivo y obligatorio o el distanciamiento social, preventivo y obligatorio, **se deberá gestionar la renovación de las prestaciones dentro de los NOVENTA (90) días corridos posteriores.**

Ante la CONTINUIDAD de las prestaciones, tanto la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, y los prestadores deberán cumplimentar el envío de la documentación requerida directamente a la Obra Social, cuando se trate de **prórroga de continuidad al mail: sur.disca@uthgra.org.ar – bajo el asunto: Seccional - Continuidad 2021 – Nombre y Apellido del Beneficiario y Nro de afiliado.**

Si existiera alguna dificultad para realizar las presentaciones y solicitudes por medios digitales, deberá presentar la documentación en la Seccional donde se encuentre AFILIADO, **excepto** si se encuentra AFILIADO en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en ese caso, el trámite se realiza en nuestra Sede Central, Av. de Mayo 945, PB, de Lunes a Viernes de 9 a 17 hs. en el Sector – DISCAPACIDAD.

Se recuerda que **el ingreso de la documentación no implica en si misma su autorización**, ya que esta se encuentra sujeta al análisis del Certificado Único de Discapacidad (CUD) y de la evaluación que realice el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

IMPORTANTE:

La AUTORIZACIÓN de la Cobertura de Tratamiento queda sujeta a la conservación MENSUAL de la afiliación en la OSUTHGRA.

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad para solicitar la cobertura de prestaciones por Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

El titular y su grupo familiar deben estar declarados en la ANSES en el comprobante del CODEM donde el beneficiario figure como discapacitado. Si cambia el TITULAR ACTUALIZAR CODEM.

GASTRONOMICO en relación de dependencia: Si el titular cambia de empleador, y sigue manteniendo la Obra Social, deberá presentar de manera URGENTE fotocopia de recibo de sueldo en la Seccional correspondiente para informar dicho cambio así el grupo familiar mantiene la afiliación.

Todas las instituciones en donde se realicen prestaciones a pacientes con discapacidad deberán encontrarse categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación). Puede realizarse la consulta en la siguiente página web:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

ANEXO I - 1

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

PRÓRROGA POR CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021.

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

En aquellos casos que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales/prestadores acuerden la **CONTINUIDAD** de las prestaciones que venía recibiendo en el año 2020, se deberá presentar ante la Obra Social la siguiente documentación:

La Persona con Discapacidad, familiar responsable/figura de apoyo:

- Conformidad de la Prestación, según modelo detallado **ANEXO I.1.1**

En el mismo se deberá detallar la/s prestación/es por las que brinda conformidad respecto de su continuidad, en igualdad de condiciones a las autorizadas en el período prestacional 2020, pudiendo realizarse en forma manuscrita.

LA CONFORMIDAD DE LAS PRESTACIONES SERÁ IMPRESINDIBLE PARA DAR CURSO A LAS MISMAS.

El Prestador:

- Informe Evolutivo de la Prestación brindada (**SIN EXCEPCIÓN**).
- Plan de Abordaje para el período ASPO 2021. Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas.
- Transporte, Informe de la prestación brindada en 2020 y a realizar en 2021, según modelo detallado **ANEXO I 1.2**

BAJA DE LA PRESTACIÓN

En aquellos casos que se desee dar la **BAJA** de la/s prestación/es, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberá informarlo a la Obra Social por medios digitales o los habilitados por la entidad.

Si la persona con discapacidad presenta dificultad o registra algún incumplimiento de esta norma por alguna de las partes, podrá solicitar orientación a la Unidad a través del siguiente mail: orientaciondiscapacidad@sssalud.gob.ar

Toda la documentación del Beneficiario y del/los Prestadores debe estar completa, sin omitir ningún requisito para su autorización y/o renovación.

ANEXO I – 1.1

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:.....

Número de Afiliado:.....

Yo.....con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre

de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Parentesco:

Domicilio:

ANEXO I – 1.2

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros
y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes _____ de 2021.

Apellido y Nombre del beneficiario:
.....

Número de Afiliado:
.....

Número de DNI:
.....

PERÍODO ASPO / DISPO 2020

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

SÍ NO MOTIVO: _____

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte?

¿Qué tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE: ALIMENTOS MATERIAL DIDÁCTICO OTROS _____
 PRESENCIAL

PERÍODO APSO / DISPO 2021

PRESTACIÓN	TIPO DE ASISTENCIA
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PRESENCIAL

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR