DISCAPACIDAD

# Instructivo para solicitar coberturas por discapacidad

Para la solicitud de coberturas se deberá:

- **Acreditar previamente la existencia de Certificado Único de Discapacidad (CUD), vigente a la fecha**. Sólo serán válidos los CUD emitidos en virtud de las Leyes Nº 22.431, sus modificatorias y Nº 24.901.
- **Presentar la documentación de las prestaciones proyectadas para el comienzo del año:** los cambios e incorporaciones al plan de tratamiento (modificación de profesionales intervinientes, días de atención, cantidad de sesiones, etc.) deben solicitarse **en forma previa a su inicio.**
- La cobertura se otorgará según los aranceles publicados por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- El equipo de discapacidad podrá solicitar información adicional en caso de considerarlo pertinente.
- **Plazo para la presentación de la documentación: 31 de marzo de cada año, a excepción de incorporaciones, ampliaciones o cualquier otro tipo de cambio, en cuyo caso deberá efectuarse la solicitud en forma previa a su inicio, ya que no se encuentra prevista la cobertura retroactiva.**
- **Plazo para evaluación de la documentación presentada: hasta treinta (30) días corridos**, contados desde la fecha de presentada la documentación correspondiente en forma completa.

**Los formularios están disponibles en la página web** www.sosuns.edu.ar.

## I. Modalidades de presentación

### 1.1. Continuidad de prestaciones solicitadas el año anterior

Para aquellas prestaciones que continúan con la misma modalidad de tratamiento respecto al año inmediato anterior, se deberá presentar:

| Afiliado titular | |
|---|---|
| ☐ | **Declaración Jurada de prestaciones por discapacidad** [Formulario 1]<br>Si posee otra Obra Social, adjuntar copia de carnet afiliatorio. |
| ☐ | **Renovación del CUD**<br>Solo si el CUD vence durante el año. Debe adjuntarse para mantener la cobertura. |

| Médico tratante | |
|---|---|
| ☐ | **Historia Clínica: Prórroga de prestaciones** [Formulario 2]<br>Detalle en un único documento todas las prestaciones que continúan respecto del año anterior. |

| Prestador | |
|---|---|
| ☐ | **Plan de tratamiento** [Formulario 4 o 5]<br>El formulario depende del tipo de prestación. |

## 1.2. Incorporación de nuevas prestaciones

Corresponde cuando se solicita una prestación que no se recibía el año anterior. Se debe presentar:

| **Afiliado titular** Misma documentación que en el punto 1.1 | |
|---|---|
| ☐ | **Declaración Jurada de prestaciones por discapacidad** [Formulario 1]<br>Si posee otra Obra Social, adjuntar copia de carnet afiliatorio. |
| ☐ | **Renovación del CUD**<br>Solo si el CUD vence durante el año. |

| **Médico tratante** | |
|---|---|
| ☐ | **Orden médica** [Formulario 3]<br>Complete una planilla por cada prestación a incorporar. |
| ☐ | **Historia Clínica** [Formulario 2]<br>Si no tiene prórroga de prestaciones, complete solo el apartado «Resumen de Historia Clínica». |

| **Prestador** | |
|---|---|
| ☐ | **Plan de tratamiento** [Formulario 4 o 5]<br>El formulario depende del tipo de prestación. |
| ☐ | **Documentación habilitante respaldatoria**<br>• Título profesional<br>• Certificado de matriculación<br>• Constancia de inscripción en ARCA |

# II. Modalidad de cobertura de prestaciones aprobadas

## 1.1 Prestaciones por autorización

1. Al aprobarse el plan de trabajo, el personal de SOSUNS entrega la **cuponera anual**, que reemplaza a la orden médica.
2. Cada mes, el afiliado debe presentar al profesional tratante el **cupón del mes en curso** junto con el **bono de autorización online**. El bono se descarga desde la página web, sección **«Mis Autorizaciones»**.

*La cartilla de prestadores está a su disposición en la página web de SOSUNS.*

## 1.2. Prestaciones por reintegro

**PLAZO DE PRESENTACIÓN:**
A mes vencido, del **1 al 10** de cada mes.

**FORMA DE SOLICITUD:**
Por la página web: **Mis Reintegros › Otros Reintegros › Discapacidad**.

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

1. **Factura**, con período facturado, tipo de prestación, cantidad de sesiones u horas, importe unitario y total.
2. **Planilla de asistencia**, firmada por el afiliado o el responsable a cargo.

> **Importante:** todas las prestaciones del mes susceptibles de reintegro deben presentarse juntas y dentro de los sesenta (60) días de su emisión.

# III. Canales de contacto y horarios de atención

| | |
|---|---|
| **Horario de atención** | 8 a 13 horas |
| **Consultas web** | www.sosuns.edu.ar |
| **Teléfonos** | 4532577 - WhatsApp: 291-4062366 |