

INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA
DE PRESTACIONES BÁSICAS DE
DISCAPACIDAD
2023

OSPACA cuenta con un sector de auditoría y orientación para personas con Discapacidad, y un Equipo Interdisciplinario de especialistas en la materia.

El principal objetivo de este sector es poder acompañar, orientar y evaluar las prestaciones que los beneficiarios solicitan de acuerdo con los postulados de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Las prestaciones que se brindan a las personas con discapacidad se encuentran reguladas en la Ley 24901 y establecidas en el Marco Básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas, Res 1328/2006 MSAL y sus modificatorias. En dichas normas se desprenden las diferentes modalidades de abordaje que deben ser cubiertas, como así también las características de los profesionales y prestadores que realizan dicho abordaje.

Toda la documentación requerida por el sector de Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

IMPORTANTE: SE RECUERDA QUE EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA SU AUTORIZACIÓN, YA QUE SE ENCUENTRA SUJETA AL ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN QUE REALICE EL SECTOR DE AUDITORÍA EN DISCAPACIDAD. EL CUÁL SE REALIZARÁ DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES. POR TAL MOTIVO, NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.

Si va a solicitar autorización de prestaciones por primera vez a esta Obra Social, previo a la presentación de documentación, deberá solicitar una entrevista con el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad, cuya función es hacer seguimientos y evaluaciones de los procesos terapéuticos y educativos autorizados, y brindar orientación relativa a los mismos.

A tal fin deberá enviar un mail a **eidiscapacidad@ospaca.com** para solicitar dicha entrevista.

Se sugiere mostrar el presente instructivo al médico tratante para evitar errores en la elaboración de las órdenes médicas.

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2023

(Corroborar todo lo indicado con la Hoja de Verificación)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

DEL BENEFICIARIO

- Certificado de discapacidad vigente.
- Constancia de alumno regular o nota aclaratoria del titular en caso de no estar escolarizado.
- Conformidad por las prestaciones firmadas por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Anexo II). *Ver en formularios Pág.13.*

DEL MÉDICO

- Resúmen de historia clínica/formulario resúmen de historia clínica: firmado por médico tratante.
- Prescripciones médicas de las prestaciones comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, firmada por médico tratante.

IMPORTANTE: LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS TIENEN QUE TENER FECHA ANTERIOR AL PERÍODO DE PRESTACIÓN SOLICITADO (Por ejemplo, si la prestación se solicita de febrero a diciembre de 2023, la fecha del pedido médico debe ser de enero de 2023 o diciembre 2022) . Las prescripciones deben ser confeccionadas por el médico tratante del beneficiarios, NO es un requisito que el mismo forme parte de la cartilla (puede ser de un efector público o consulta particular). La especialidad corresponderá a la atención de la patología discapacitante, pudiendo ser: clínico, pediatra, neurólogo, entre otros.

DEL PRESTADOR

Las prestaciones pueden ser reagrupadas en:

- 01. Prestaciones brindadas por instituciones** (escuelas especiales, centros educativos terapéuticos, formación laboral, centros de rehabilitación, centros de día, hogar, etc).
- 02. Prestaciones de rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales independientes** (psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc).
- 03. Apoyo a la integración escolar** (brindada por una institución).
- 04. Maestro de Apoyo** (brindada por un profesional independiente).
- 05. Transporte.**

01. INSTITUCIONES

ESCUELAS ESPECIALES, CENTROS EDUCATIVOS, TERAPÉUTICOS, FORMACIÓN LABORAL, CENTROS DE REHABILITACIÓN, CENTROS DE DÍA, HOGAR, ETC.

Las instituciones deben encontrarse inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las Prestaciones Terapéutico-Educativas y Asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.

En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, particular, etc) adjunte aquí una nota aclarando esta situación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej: mar a dic 2022), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS IN-

TERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (*Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior*)

03. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL DONDE CONSTE PERÍODO, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL ABORDAJE. Recordemos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

04. PRESUPUESTO

05. INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP). *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

08. En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de hogar (con CET y con Centro de Día), Centro Educativo Terapéutico y Centro de Día, se deberá presentar el INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM), confeccionada por el Lic. en Terapia Ocupacional y el INFORME DEL PRESTADOR especificando los apoyos que se brindarán conforme al Plan de Abordaje Individual.

Los documentos del 1 al 4 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (pu-

diendo ser de puño y letra u holográfica). *Deberán presentar un archivo PDF por documento.*

02.

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

POR SESIONES BRINDADAS POR PROFESIONALES INDEPENDIENTES (PSICOPEDAGOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, PSICOLOGÍA, ETC)

Los prestadores deben encontrarse inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)).

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL
Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.

En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, particular, etc) adjunte aquí una nota aclarando esta situación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación.

Ej: mar a dic 2022), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (*Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior*)

03. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL dónde conste período, objetivos específicos y estrategias utilizadas en el abordaje. Recordamos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

04. PRESUPUESTO

05. REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP). *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP). *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

Los documentos del 1 al 4 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (pudiendo ser de puño y letra u olográfica). *Deberán presentar un archivo PDF por documento.*

Las prestaciones de rehabilitación con profesionales independientes, en el marco de prestaciones de Apoyo o Módulos de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo, se autorizarán a partir de los 3 años de edad del beneficiario. Si el beneficiario es menor de tres años (1 a 3 años), deberá solicitar Módulo de Estimulación Temprana con Institución categorizada para dicha prestación.

03. APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR "CON EQUIPO"

BRINDADO POR LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL O CENTRO, AMBOS CATEGORIZADOS PARA BRINDAR ESTA PRESTACIÓN.

Las instituciones deben encontrarse inscritas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO QUE EL APOYO SE REALIZARÁ CON EQUIPO.

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.

En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, par-

ticular, etc) adjunte aquí una nota aclarando esta situación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cual consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2022), modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

03. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor/Directivo de la escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo). *Ver modelo en sector formulario Pag.19*

04. CATEGORIZACIÓN del Centro. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

05. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional tratante.

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP). *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

04. MAESTRO DE APOYO

BRINDADO POR UN PROFESIONAL INDEPENDIENTE.

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO QUE SOLICITA MAESTRO DE APOYO.

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.

En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, particular, etc) adjunte aquí una nota aclarando esta situación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cuál consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2022), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzado.

03. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor, Directivo de la Escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados

dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo). *Ver modelo en sector formulario Pag.19.*

04. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional.

05. TÍTULO HABILITANTE (Psicopedagogas, Psicólogas, Profesora de Educación Especial, Licenciada en Ciencias de la Educación) SIN EXCEPCIÓN. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

06. CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

07. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP). *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

08. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

05. TRANSPORTE

IMPORTANTE: EL PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE, DEBERÁ SER PRESCRIPTO Y FUNDAMENTADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN EL CUAL DEBERÁ APORTAR DATOS CLÍNICOS RELEVANTES, QUE IMPOSIBILITEN EL TRASLADO GRATUITO EN TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.

En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán.

1. CONFORMIDAD DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS, firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor. Conforme al Anexo II (Pág. 13).

2. PRESUPUESTO. En el mismo debe constar Diagrama de Traslados con indicación de origen y destino de cada viaje. Cantidad de km. recorridos por viaje, por semana y por mes (ida y vuelta). Deberá contener firma, aclaración y DNI del transportista y del beneficiario con discapacidad /familiar responsable/tutor. Conforme al formulario (Pág. 22).

03. MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO (se debe presentar solo el mapa, donde se pueda visualizar: Partida/Destino y cantidad de kilómetros del recorrido).

04. HABILITACIÓN ACTUALIZADA de la empresa que factura y del vehículo que realiza el traslado. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

05. VTV DEL VEHICULO. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

06. LICENCIA DEL CONDUCTOR. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

07. PÓLIZA DE SEGURO. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

08. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP). *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

09. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco. *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

Importante: La dependencia no puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 años.

La Superintendencia de Servicios de Salud autoriza una cantidad máxima de kilómetros mensuales. En caso de superar la misma, el beneficiario deberá concurrir a prestadores/instituciones inscriptas/categorizadas, próximas a su domicilio.

REQUISITOS IMPRESCINDIBLES PARA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

01. En caso de solicitar las prestaciones de Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo, el pedido médico debe detallar cuáles y cuántas sesiones se brindarán en el mismo.

02. Sólo se podrán realizar 2 (dos) cambios de prestadores (profesionales, instituciones, transporte, etc.) durante todo el año.

Para cambio de prestador se requiere:

- Nota de solicitud de cambio de prestador. (Pág. 23)
- Toda la documentación del nuevo prestador, incluido el informe de evaluación inicial (excepto en caso de transporte).

ANEXO II - Conformidad Prestación Año 2023 (Pág. 13)

03. Cada institución o prestador se hace cargo de su capacitación, supervisión y/o coordinación, no pudiendo transferir el costo a la Obra Social.

04. En caso de tener autorizado CET (Centro Educativo Terapéutico), jornada doble, sólo se podrá agregar una prestación de apoyo al mismo. No se puede agregar Módulo Integral Simple o Intensivo paralelamente.

05. Todos los prestadores, sean instituciones o no, deberán presentar Informes de Evolución SEMESTRALMENTE. En los mismos, se debe detallar los logros alcanzados y las necesidades particulares evaluadas.

06. Las necesidades educativas especiales que requieran los niños para el adecuado desenvolvimiento en las actividades escolares, se encuentran contempladas dentro de las Prestaciones Básicas de Personas con Discapacidad (Res. 1328/2006 y 428/99) ÚNICAMENTE en los siguientes módulos:

A) Integración Escolar con equipo.

B) Maestra de Apoyo.

Ambos tienen por objetivo la adecuación de la currícula de aprendizaje y la metodología que el docente del colegio debe emplear. NO ES UNA ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO.

Con la integración escolar se tiende a la inclusión del niño en el aula, razón por la cual el adulto de referencia debe ser su docente y no el acompañante terapéutico. El servicio podrá 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. Si el niño con necesidades educativas especiales requiere mayor cantidad de horas de apoyo, el servicio de integración escolar deberá arbitrar los medios para la inclusión integral del niño.

No se aceptarán propuestas parciales, sólo aquellas que den respuesta integral a las necesidades evaluadas.

Beneficiarios monotributistas: Se les recuerda que al tercer mes consecutivo o cinco meses alternados que adeude el pago del montributo, será automáticamente dado de baja de la Obra Social, reactivándose nuevamente el día que realice el trámite en la Sede Central de OSPACA.

EL PERÍODO QUE NO SE ENCUENTRE ACTIVO NO SE ABONARÁ LO FACTURADO POR LAS PRESTACIONES.

HOJA DE VERIFICACIÓN

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

<p>DOCUMENTACIÓN PERSONAL (para todos los casos) <i>Tildar lo que corresponda</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado Único de Discapacidad (vigente). <input type="checkbox"/> Constancia de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado. <input type="checkbox"/> Conformidad por las prestaciones (Anexo II). 	<p>DEL MÉDICO <i>Tildar lo que corresponda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Resúmen de Historia Clínica. <input type="checkbox"/> Prescripciones Médicas. 		
<p>DEL PRESTADOR <i>Tildar lo que corresponda</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informe de evaluación Inicial (sólo en caso de una nueva prestación). <input type="checkbox"/> Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas). <input type="checkbox"/> Plan de abordaje individual. <input type="checkbox"/> Presupuesto. <input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP). <input type="checkbox"/> Registro Nacional de Prestadores (RNP) <input type="checkbox"/> En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores. <input type="checkbox"/> En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M <p>En caso de solicitar Apoyo Escolar:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <p>CON EQUIPO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta Acuerdo. <input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular. </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <p>CON MAESTRA DE APOYO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Título Habilitante. <input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias. </td> </tr> </table>		<p>CON EQUIPO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta Acuerdo. <input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular. 	<p>CON MAESTRA DE APOYO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Título Habilitante. <input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias.
<p>CON EQUIPO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta Acuerdo. <input type="checkbox"/> Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular. 	<p>CON MAESTRA DE APOYO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Título Habilitante. <input type="checkbox"/> Certificado analítico de materias. 			
<p>TRANSPORTE <i>Tildar lo que corresponda</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conformidad del Diagrama de Traslados. <input type="checkbox"/> Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo. <input type="checkbox"/> Presupuesto. <input type="checkbox"/> Mapa recorrido. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP). <input type="checkbox"/> Constancia CBU emitida por el Banco. <input type="checkbox"/> VTV, licencia del conductor y póliza de seguro. 		



FORMULARIOS

ANEXO II-2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023

RECUERDE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON CUD

Yo

con documento tipo () Nº , doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....
 Fima y aclaración

.....
 Fecha

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de:

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

.....
 Fima y aclaración

.....
 Documento

FORMULARIO RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

A completar por el Médico Especialista.

FECHA

Debe ser anterior al inicio del tratamiento.

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre

Documento: Tipo N° Edad Sexo

Diagnóstico de la Patología Discapacitante

Evolución del Cuadro Clínico de Base

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales).

Antecedentes de Tratamientos Terapéuticos y/o Intervenciones Educativas

Objetivos de los tratamientos prescriptos

.....
Firma y sello del
médico tratante

FECHA

FORMULARIO FIM

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiatra en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la pantalla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los items incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Completar todos los datos del formulario.

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre

Documento: Tipo

Nº

Edad

Sexo

Diagnóstico

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado	1 Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar la comida).	
	2 Aseo Personal (lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes).	
	3 Baño (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama).	
	4 Vestido parte superior (de la cintura hacia arriba así como colocar prótesis/ortesis).	
	5 Vestido parte inferior (de la cintura hacia abajo, ponerse zapatos, abrocharse y colocarse prótesis/ortesis)	
	6 Uso del baño (mantener la higiene y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata).	
Control de esfínteres	7 Control del intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación).	
	8 Control de vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
Transferencias	9 Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama.	
	10 Transferencia al baño (sentarse y salir del inodoro).	
	11 Transferencia a la ducha/bañera (entrar y salir de la bañera o ducha).	
Locomoción	12 Marcha/Silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar).	
	13 Escaleras (subir y bajar escalones).	
Comunicación	14 Comprensión. Entendimiento de la comunicación auditiva o visual. (Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
	15 Expresión (Expresión clara del lenguaje verbal o no verbal).	
Conexión	16 Interacción Social (Hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites).	
	17 Resolución de problemas (Resolver problemas cotidianos).	
	18 Memoria (Habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares).	

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

DEPENDIENTE	PUNTUACIÓN
Independiente total.	7
Independiente con adaptaciones.	6
Sólo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

.....
Firma y sello del
Profesional

.....
N° Matrícula

.....
Especialidad

MODELO INFORME EVOLUTIVO.

FECHA DE EMISIÓN		LUGAR	
INFORME DE (NOMBRE DE LA PRESTACIÓN)			
NOMBRE DEL PRESTADOR		TELÉFONO	
MAIL PRESTADOR		CUIT	
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO			
DNI		FECHA DE NACIMIENTO	
		EDAD	
DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD			

INFORME EVOLUTIVO ANUAL

Período de abordaje.		Fecha de comienzo de la prestación (en caso de prestación que viene de años anteriores, indicar mes y año).	
Modalidad de concurrencia (tipo de jornada/cantidad de sesiones).		Tiempo de duración de la sesión.	

Situación clínica/pedagógica actual. Resultados alcanzados (desarrollo) ¿Cómo está el beneficiario?

Estrategias utilizadas.

Intervenciones realizadas con el núcleo de apoyo.

Empty box for reporting interventions.

Objetivos alcanzados en el período.

Empty box for reporting objectives achieved.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Sello legible

.....
Matrícula

FECHA

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

En el día de la fecha, en la ciudad [REDACTED] se establece el presente acuerdo entre la Escuela [REDACTED] con domicilio sito en [REDACTED] representada por [REDACTED], la Maestra de Apoyo/el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por [REDACTED] y la familia del alumno [REDACTED] con DNI [REDACTED] representado por [REDACTED] para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año [REDACTED] Sala/Grado/Año [REDACTED] Turno [REDACTED] en los días y Horarios: [REDACTED]

Períodos: [REDACTED]

La Institución Educativa y el/la Maestro/a de Apoyo/Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Min. de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma y sello del responsable de Escuela Común donde se brindará la prestación

Firma del padre/madre/tutor

Firma y sello Maestro/a, Equipo AIE

Aclaración

Aclaración

Aclaración

PARA COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO/FAMILIAR/RESPONSABLE O TUTOR.

Conformidad Diagrama de Traslados.

Por la presente dejo constancia de mi **consentimiento al Diagrama de Traslados** descrito al Beneficiario

DNI

Nombre y Apellido

.....
Firma Beneficiario/Familiar
Responsable/Tutor

.....
Aclaración y DNI Firmante

.....
Lugar y Fecha de Conformidad

PARA COMPLETAR POR EL PRESTADOR.

Razón Social

Domicilio Localidad/Pcia

Teléfono Compañía de Seguro

N° Póliza E-mail

PRESTACIÓN (a donde realiza el traslado)	DÍAS QUE REALIZA EL TRASLADO	DIRECCIÓN PARTIDA	DIRECCIÓN DESTINO	KM POR VIAJE	KM MENSUALES	MES INICIO TRASLADO

Adicional 35%: SI NO En caso de seleccionar SI deberá indicar los apoyos específicos que se realiza.

.....
Firma responsable

.....
Aclaración del transporte

MODELO DE PLANILLA. PRESUPUESTO TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN CUIL

RAZÓN SOCIAL

MAIL TELÉFONO

COMPANÍA DE SEGUROS

PÓLIZA N°:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI PERÍODO DESDE HASTA

DIAGRAMA DE TRASLADO

VIAJE	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DESTINO	KM POR VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1					
2					
3					

CRONOGRAMA DE TRASLADO Marcar con una cruz los días de traslado

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1						
2						
3						

TOTAL KM MENSUALES ADICIONAL DEPENDENCIA 35%(SUJETO A EVALUACIÓN) SI / NO

VALOR DEL KM MONTO MENSUAL

DEL TRANSPORTISTA:

.....
Firma

.....
Aclaración

CONFORMIDAD DEL TRANSPORTE

FECHA NOMBRE Y APELLIDO

DNI

Yo con Documento Tipo N°
doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde hasta

.....
Firma

.....
Aclaración

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de
Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

FECHA

BENEFICIARIO

DNI/LC/LE

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja** de la prestación de
..... (Ej. Psicología, CET, EGB, etc.) con el profesional y/o institución
..... a partir de la fecha
Solicito nueva **alta** de dicha prestación con el profesional y/o institución

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI/LC/LE

www.ospaca.com



SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO

FECHA

BENEFICIARIO

DNI/LC/LE

Por medio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de
..... del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la
prestación (ej. fonoaudiología, psicología, transporte, EGB, etc.)
con el profesional y/o institución

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI/LC/LE

www.ospaca.com



INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD
DE **EXPEDIENTE** DE
DISCAPACIDAD
A TRAVÉS DEL **PORTAL** DE
BENEFICIARIOS
2023



01. GENERACIÓN DE USUARIO

A través de la Página Web de **OSPACA** se podrá ingresar al nuevo Portal de Beneficiarios desde el cual podrá realizar varias acciones.

Para esto, es necesario que cada beneficiario cree un usuario la primera vez que acceda.

A continuación mostraremos los pasos a seguir:

1. Al acceder se visualizará la siguiente pantalla, donde se deberá presionar el botón “Crear Usuario” (resaltado en color verde).

La imagen muestra la interfaz de usuario para el ingreso al portal de beneficiarios de OSPACA. En la parte superior izquierda, se encuentra el logo de OSPACA con el subtítulo 'Obra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO' y el número 'ANOS 1919-4'. Debajo del logo, el título de la sección es 'INGRESO AL PORTAL DE BENEFICIARIOS'. El formulario contiene dos campos de entrada: 'CUIL' con el texto 'Ingrese CUIL' y 'Clave' con el texto 'Ingrese Clave'. Debajo de los campos, hay un botón azul 'Ingresar' y un enlace 'No recuerdo mi clave'. El botón 'Crear usuario' está resaltado con un círculo verde. En la esquina inferior derecha, se indica 'Creado Por: GetApps / OSPACA'.

2. Al presionarlo, se visualizará la siguiente pantalla:

La imagen muestra la interfaz de usuario para la solicitud de usuario de OSPACA. En la parte superior izquierda, se encuentra el logo de OSPACA con el subtítulo 'Obra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO' y el número 'ANOS 1919-4'. Debajo del logo, el título de la sección es 'SOLICITUD DE USUARIO'. El formulario contiene un campo de entrada 'CUIL' con el texto 'Ingrese CUIL'. Debajo del campo, hay un botón azul 'Volver' y un botón azul 'Solicitar Usuario'. En la esquina inferior derecha, se indica 'Creado Por: GetApps / OSPACA'.

3. Deberá ingresar su CUIL y presionar el botón “Solicitar Usuario”.

La imagen muestra la interfaz de usuario para la solicitud de usuario de OSPACA, con el campo 'CUIL' ya completado con el número '27111111110'. El botón 'Solicitar Usuario' está resaltado con un círculo verde. En la esquina inferior derecha, se indica 'Creado Por: GetApps / OSPACA'.

4. A continuación se mostrarán en pantalla su nombre y dirección de mail, a la cual se le enviará un correo en el momento para validar su identidad.

The screenshot shows the OSPACA user registration form. At the top, the logo for OSPACA (Obra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO) is displayed. Below the logo, the title "SOLICITUD DE USUARIO" is shown. A text input field for "CUIL" contains the value "2711111110" with a note "Sin guiones ni espacios". Below this, a confirmation box titled "Confirme sus datos" displays the entered information: "Nombre: PEREZ JUANA" and "Mail: perezjuana80@gmail.com". There are two radio button options: "Los datos son correctos" (which is selected) and "Los datos NO son correctos". At the bottom of the form, there are two buttons: "Volver" and "Confirmar solicitud de Usuario". The footer text reads "Creado Por: GetApp / OSPACA".

5. Será necesario que indique si dichos datos son correctos o no.

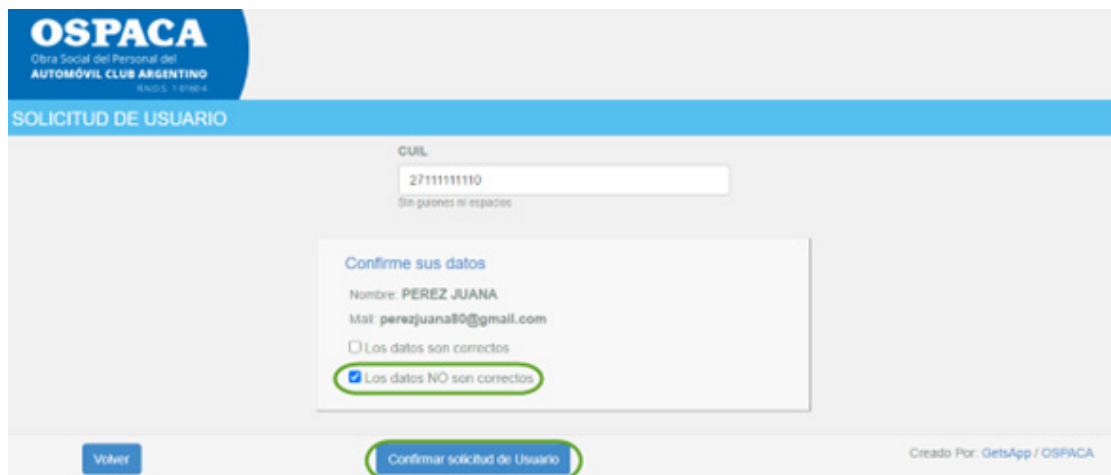
A. En caso de ser correctos, deberá tildar ese casillero y presionar el botón **“Confirmar Solicitud de Usuario”**.

This screenshot is identical to the previous one, but with green circles highlighting the selected radio button for "Los datos son correctos" and the "Confirmar solicitud de Usuario" button at the bottom.

A continuación se le mostrará un mensaje y se le enviará el **correo de validación** a ese mail.

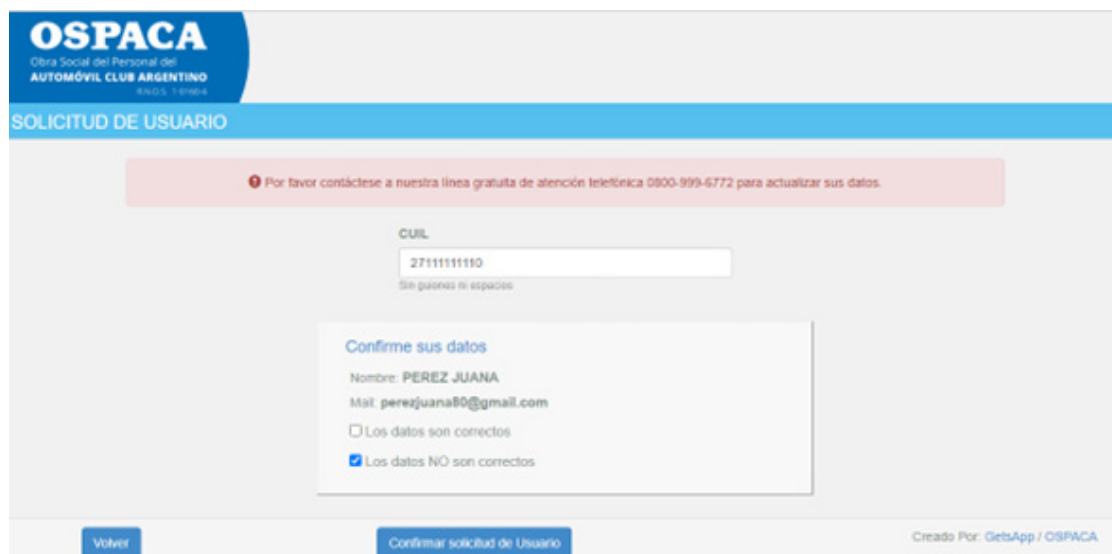
The screenshot shows the OSPACA user registration form with a green message box at the top stating: "Se ha enviado un correo a su casilla perezjuana80@gmail.com, ingrese al mismo para generar una clave." Below the message box, there is a "Volver" button and the footer text "Creado Por: GetApp / OSPACA".

B. En caso de no ser correctos los datos, deberá tildar ese casillero y presionar el botón “Confirmar Solicitud de Usuario”.



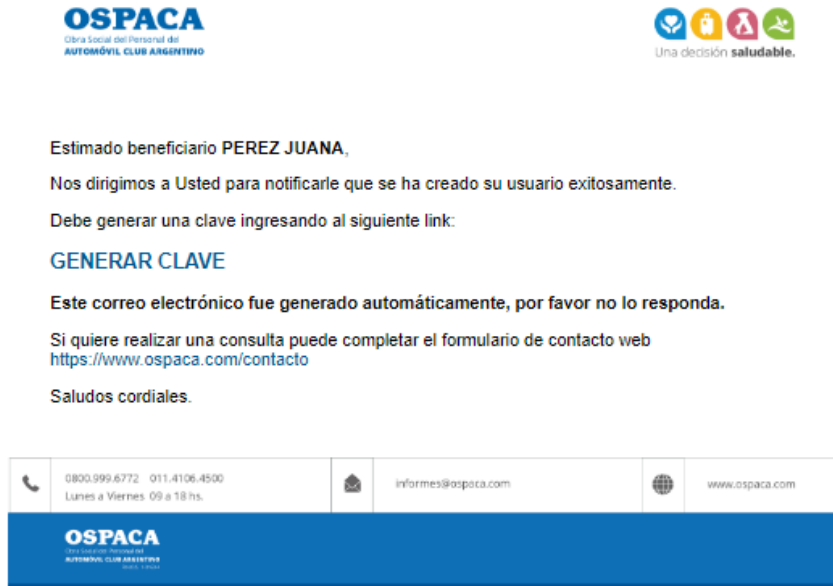
The screenshot shows the OSPACA user registration interface. At the top left is the OSPACA logo with the text "Otra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO A.N.D.S. 1994 S.A.". Below the logo is the title "SOLICITUD DE USUARIO". A text input field for "CUIL" contains the number "27111111110" with the instruction "Sin guiones ni espacios" below it. A confirmation box titled "Confirme sus datos" displays the user's information: "Nombre: PEREZ JUANA" and "Mail: perezjuana80@gmail.com". There are two radio buttons: "Los datos son correctos" (unchecked) and "Los datos NO son correctos" (checked). A green circle highlights the "Confirmar solicitud de Usuario" button at the bottom center. A "Volver" button is on the bottom left, and "Creado Por: GetsApp / OSPACA" is on the bottom right.

En ese caso, se le mostrará un mensaje pidiendo que se contacte en forma telefónica con OSPACA para actualizar sus datos. Una vez actualizados, podrá generar el usuario.



This screenshot shows the same OSPACA user registration interface as above, but with a red message box at the top: "Por favor contáctese a nuestra línea gratuita de atención telefónica 0800-999-6772 para actualizar sus datos." The "CUIL" field still contains "27111111110". In the confirmation box, the "Los datos NO son correctos" radio button remains checked. The "Confirmar solicitud de Usuario" button is now blue and is no longer highlighted. The "Volver" button and "Creado Por: GetsApp / OSPACA" text are also visible.

6. En el caso de haber indicado anteriormente que los datos son correctos, se enviará un mail a la dirección de correo confirmada. Deberá ingresar a la misma para visualizar el correo recibido, que será de las siguientes características:

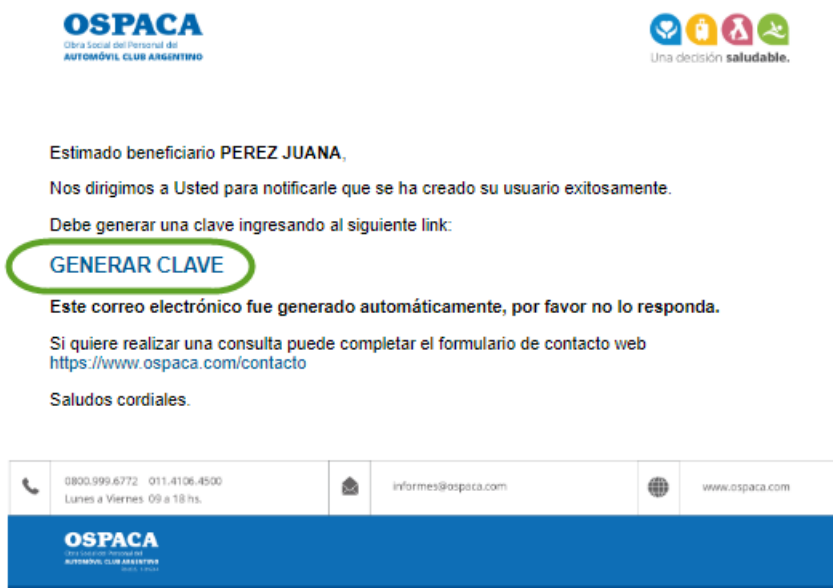


OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO R.N.O.S: 1-0160-4.

Órgano de Control: Superintendencia de Servicios de Salud. 0800-222-72583 (SALUD) www.sssalud.gov.ar

En virtud de lo establecido por la disposición de Protección de Datos Personales usted tiene derecho a solicitar al emisor de este mensaje la rectificación, actualización, inclusión o supresión de los datos personales incluidos en su base de contactos, listas o cadenas de mensajes en los cuales usted se encuentre.

7. Deberá acceder al link enviado en el correo:




OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO R.N.O.S: 1-0160-4.

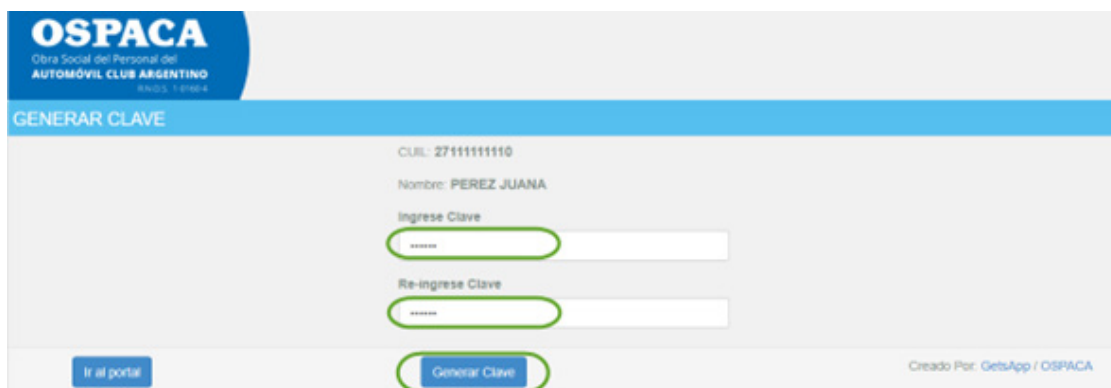
Órgano de Control: Superintendencia de Servicios de Salud. 0800-222-72583 (SALUD) www.sssalud.gov.ar

En virtud de lo establecido por la disposición de Protección de Datos Personales usted tiene derecho a solicitar al emisor de este mensaje la rectificación, actualización, inclusión o supresión de los datos personales incluidos en su base de contactos, listas o cadenas de mensajes en los cuales usted se encuentre.

8. Al acceder al link, visualizará la siguiente pantalla, donde deberá ingresar una clave:



9. Luego de ingresar la clave dos veces (para confirmar) deberá presionar el botón “Generar clave”.



10. A continuación se le mostrará un mensaje confirmando que generó su clave exitosamente.

Podrá presionar el botón “Ir al portal” para acceder al mismo.



11. Los pasos hasta aquí enumerados deberá realizarlos únicamente la primera vez que acceda. De ahí en más, accederá con su CUIL y la clave recién asignada.

12. Al presionar “Ir al portal” se visualizará la siguiente pantalla:



OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
E.N.O.S. 10180-4

INGRESO AL PORTAL DE BENEFICIARIOS

CUIL
Ingrese CUIL
Sin guiones ni espacios

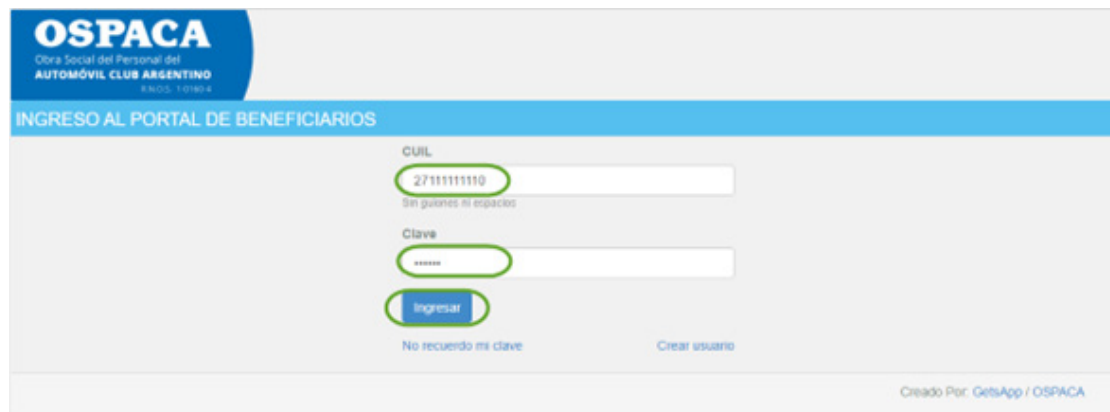
Clave
Ingrese Clave

Ingresar

No recuerdo mi clave Crear usuario

Creado Por: GetApps / OSPACA

13. Deberá ingresar su CUIL y clave, y presionar el botón “Ingresar”.



OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
E.N.O.S. 10180-4

INGRESO AL PORTAL DE BENEFICIARIOS

CUIL
2711111110
Sin guiones ni espacios

Clave

Ingresar

No recuerdo mi clave Crear usuario

Creado Por: GetApps / OSPACA

02. PORTAL DEL BENEFICIARIO

Al ingresar con su CUIL y clave, se visualizará la siguiente pantalla con el Portal de Beneficiarios, a través del cual podrá realizar varias acciones como:

01. Consultar sus datos de contacto, y confirmar o solicitar la actualización de los mismos.
02. Realizar consultas a través de un formulario web.
03. Realizar trámites relacionados a la afiliación.
04. Realizar el seguimiento de las consultas y trámites realizados
05. Solicitar la creación de un expediente de discapacidad, y posteriormente realizar trámites relacionados al mismo.



En este instructivo nos centraremos en éste último módulo: **Discapacidad**.

03. DISCAPACIDAD

1. Debe ingresar al Módulo “Discapacidad” desde el Portal. Este módulo únicamente estará



Este módulo únicamente estará habilitado si hay algún integrante de su grupo familiar que cuente con Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Si hubiera algún integrante pero aún así lo ve deshabilitado, envíe el Certificado Único de Discapacidad por medio del formulario web de contacto, accediendo al módulo **“Carga de Consultas”**.

2. Al acceder al módulo **“Discapacidad”**, se visualizará la siguiente pantalla, donde se listarán todos los beneficiarios integrantes de su grupo familiar que cuenten con el Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Deberá presionar el botón **“Seleccionar”** en la línea correspondiente al beneficiario por el cuál desee realizar las siguientes acciones.

Hasta este momento, no se ha realizado ninguna solicitud de expediente aún, por eso en el “Estado Expediente” se visualiza “No solicitado”.



3. Al seleccionar a un beneficiario del listado, se visualizará la siguiente pantalla, donde se mostrarán las distintas acciones que pueden realizarse.



SOLICITUD DE EXPEDIENTE 2023

1. Se debe seleccionar el módulo **“Solicitud de Expediente 2023”** para comenzar la carga del mismo.



2. Si se trata de un beneficiario que pide por primera vez prestaciones, se le consultará si ya ha realizado la entrevista con el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad de OSPACA. Debe seleccionar la respuesta de la lista desplegable.



3. Al mostrar la pantalla, se visualizará de la siguiente forma, organizada en:

- Documentación Personal.
- Documentación Médica.
- Prestaciones.

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
AV. LOS RÍOS 1400 - B1000

CARGA DE EXPEDIENTE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO GONZALEZ MATIAS Salir

La solicitud se encuentra en estado **BORRADOR**
Para realizar el envío de la solicitud de expediente se validará que haya completado toda la información. Hasta completar la carga puede **GUARDAR BORRADOR** en todo momento.

Documentación Personal

1. Adjunte los archivos del beneficiario según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.

CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.

Documentación Médica

2. Adjunte la documentación médica según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.

PRESCRIPCIONES MÉDICAS Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.

Con fecha anterior al período de prestación solicitado.

FORMULARIO FIM COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.

Solo en caso de solicitar Dependencia

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Proveedor	Qué desea realizar?	Acción Requiere
KINESIOLOGIA	HERNANDEZ MAXIMILIANO <small>Documentación personal OK</small>	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA <small>Documentación personal OK</small>	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOLOGIA	LOPEZ ANDREA <small>Documentación personal OK</small>	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOPEDAGOGIA	IBAÑEZ MARIELA <small>Documentación personal OK</small>	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
TRANSPORTE ESCUELA	REMSES TREBOL <small>Documentación personal PENDIENTE</small>	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMSES TREBOL <small>Documentación personal PENDIENTE</small>	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.

Creado Por: GetsApp / OSPACA

4. Se podrá ir registrando toda la información solicitada en etapas, guardando el borrador de la solicitud, cuantas veces desee (presionando el botón **“Guardar Borrador”**).

Recién podrá enviar la solicitud a OSPACA cuando haya completado toda la información y adjuntado toda la documentación requerida. Hasta tanto eso no suceda, el botón **“Enviar a OSPACA”** se encontrará deshabilitado.

Documentación Personal

5. Se podrá adjuntar varios archivos por cada documentación solicitada. Se solicita preferentemente archivos con extensión PDF, pero en caso de no ser posible, también se permite JPG, JPEG o PNG.

6. Por cada documentación, se debe seleccionar el archivo correspondiente presionando en primer lugar el botón **“Seleccionar archivo”**.

Documentación Personal

1. Adjunte los archivos del beneficiario según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) Ninguno archivo selec.

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO Ninguno archivo selec.

CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. Ninguno archivo selec.

La totalidad de las prestaciones que solicitan

7. Se debe seleccionar el archivo de la PC, y por último presionar el botón **“Adjuntar”**.

Documentación Personal

1. Adjunte los archivos del beneficiario según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) CUD pdf

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO Ninguno archivo selec.

CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. Ninguno archivo selec.

La totalidad de las prestaciones que solicitan

8. Al finalizar la carga, se visualizará de la siguiente forma:

Documentación Personal

1. Adjunte los archivos del beneficiario según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) Ninguno archivo selec.
 20222222221_DOCBENEF_CUD_20221123180025.pdf X

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO Ninguno archivo selec.
 20222222221_DOCBENEF_Constancia alum_20221123180030.pdf X

CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. Ninguno archivo selec.
 20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180041.pdf X
 20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180047.pdf X

La totalidad de las prestaciones que solicitan

Documentación Médica

9. Se podrá adjuntar varios archivos por cada documentación solicitada. Se solicita preferentemente archivos con extensión PDF, pero en caso de no ser posible, también se permite JPG, JPEG o PNG.

10. De igual forma que con la documentación personal, se deben adjuntar los documentos solicitados correspondientes a la documentación médica.

Documentación Médica

2. Adjunte la documentación médica según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA Ninguno archivo selec.
 20222222221_DOCMED_Historia clinic_20221123181753.pdf

PRESCRIPCIONES MÉDICAS Ninguno archivo selec.
 Con fecha anterior al período de prestación solicitado
 20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181801.pdf
 20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181811.pdf

FORMULARIO FIM COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO Ninguno archivo selec.

 Solo en caso de solicitar Dependencia

11. Si se quiere guardar borrador hasta este momento de la carga, se debe presionar "Guardar Borrador" en la parte inferior de la pantalla, visualizándose al terminar de la siguiente manera:

Documentación Personal

1. Adjunte los archivos del beneficiario según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) 20222222221_DOCBENEF_CUD_20221123180025.pdf

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO 20222222221_DOCBENEF_Constancia alum_20221123180033.pdf

CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. 20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180041.pdf
 20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180047.pdf
 La totalidad de las prestaciones que solicitan.

Documentación Médica

2. Adjunte la documentación médica según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA 20222222221_DOCMED_Historia clinic_20221123181753.pdf

PRESCRIPCIONES MÉDICAS 20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181801.pdf
 Con fecha anterior al período de prestación solicitado. 20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181811.pdf

FORMULARIO FIM COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO Ninguno archivo selec.

Solo en caso de solicitar Dependencia

Prestaciones

12. Se listan las prestaciones con los proveedores que las brindaron en el año anterior al solicitado, en este caso, el año 2022.

Debajo de la razón social de cada proveedor se indica si tiene su propia documentación personal ok o pendiente, a modo informativo.

Para cada ítem del listado se deberá indicar qué **acción se desea realizar** en este nuevo expediente, y en base a esta selección se actualizará el contenido de la columna “Acción requerida”, la cual le indicará lo que debe realizar.

Prestaciones			
3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente			
Prestación	Proveedor	Qué desea realizar?	Acción Requerida
KINESIOLOGIA	HERNANDEZ MAXIMILIANO Documentación personal OK	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOLOGIA	LOPEZ ANDREA Documentación personal OK	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOPEDAGOGIA	IBÁÑEZ MARIELA Documentación personal OK	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.

13. Las opciones que puede seleccionar son: “Renovar” o “No renovar”.

- Si elige “Renovar” debe registrar la documentación asociada al proveedor y prestación.
- Si elige “No renovar” no será necesario que registre ninguna documentación.

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente			
Prestación	Proveedor	Qué desea realizar?	Acción Requerida
KINESIOLOGIA	HERNANDEZ MAXIMILIANO Documentación personal OK	NO Renovar ▼	No requiere cargar documentación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Renovar ▼	Debe cargar la documentación. Cargar Detalle
PSICOLOGIA	LOPEZ ANDREA Documentación personal OK	Renovar ▼	Debe cargar la documentación. Cargar Detalle
PSICOPEDAGOGIA	IBÁÑEZ MARIELA Documentación personal OK	Renovar ▼	Debe cargar la documentación. Cargar Detalle
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar ▼	Debe cargar la documentación. Cargar Detalle
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar ▼	Debe cargar la documentación. Cargar Detalle

Agregar NUEVA Prestación

14. Para cada prestación que haya indicado que renueva, deberá acceder al botón **“Cargar Detalle”** para registrar la documentación requerida.

15. Al presionar dicho botón, accederá a una pantalla con el detalle de la prestación. Si la prestación se brinda por sesión, se le consultará si **continúa con la misma cantidad de sesiones**, si no fuera así, podrá completar la nueva cantidad mensual solicitada. Además, se le consultará **si continúa con el mismo proveedor**.

Y a continuación se solicita la documentación:

16. Una vez registrada toda la documentación, debe presionar el botón **“Guardar”**.

17. Al guardar, se mostrará dicho ítem en la lista de prestaciones actualizado, de la siguiente manera (en "Acción requerida" se visualiza "Documentación completa"):

Prestación	Proveedor	Qué desea realizar?	Acción Requerida
KINESIOLOGIA	HERNANDEZ MAXIMILIANO <i>Documentación personal OK</i>	NO Renovar	No requiere cargar documentación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA <i>Documentación personal OK</i>	Renovar	Debe cargar la documentación. Cargar Detalle
PSICOLOGIA	LOPEZ ANDREA <i>Documentación personal OK</i>	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle
PSICOPEADAGOGIA	IBAÑEZ MARIELA <i>Documentación personal OK</i>	Renovar	Debe cargar la documentación. Cargar Detalle
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL <i>Documentación personal PENDIENTE</i>	Renovar	Debe cargar la documentación. Cargar Detalle
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL <i>Documentación personal PENDIENTE</i>	Renovar	Debe cargar la documentación. Cargar Detalle

18. De igual forma, se debe cargar el detalle de cada prestación indicada como que quiere renovarse.

19. Si para alguna prestación quisiera **cambiar al proveedor** que la brinda, deberá indicarse en la pregunta "¿Continúa con el mismo proveedor?" que "No".

En ese caso, deberá completar en el casillero al lado "CUIT" el correspondiente al nuevo proveedor.

Si lo tenemos registrado, mostraremos su razón social en pantalla.

En el caso que no lo tengamos registrado, se le pedirá que ingrese además su "Razón Social" y "Mail", como se muestra a continuación:

Detalle de la prestación

Grupo Prestación: Sesiones de Profesionales (Ej: Psicología, Fonoaudiología, etc) | Prestación: PSICOPEADAGOGIA

Continúa con la misma cantidad de sesiones?: SI | Cantidad de sesiones mensuales: 8

Proveedor que brindará la prestación

Continúa con el mismo Proveedor?: NO | CUIT Proveedor: 2722222221 | Razón Social: Sofia Torres

Mail Proveedor: sofiatorres@gmail.com

Además de su documentación personal (deberá solicitárselo al proveedor).

Proveedor que brindará la prestación

Continúa con el mismo Proveedor? <input type="text" value="NO"/>	CUIT Proveedor <input type="text" value="2722222221"/>	Razón Social <input type="text" value="Sofia Torres"/>
Mail Proveedor <input type="text" value="sofiatorres@gmail.com"/>		

Documentación Personal del Proveedor

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD	Ninguno archivo selec.
--	------------------------

20. Una vez completos todos los documentos, solo resta guardar esa prestación.

21. Al actualizarse el listado de prestaciones verá el cambio de proveedor de la siguiente forma (la razón social del proveedor anterior tachada, y debajo la razón social del nuevo proveedor).

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Proveedor	Qué desea realizar?	Acción Requerida
KINESIOLOGIA	HERNANDEZ MAXIMILIANO <i>Documentación personal OK</i>	NO Renovar	No requiere cargar documentación
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA <i>Documentación personal OK</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>
PSICOLOGIA	LOPEZ ANDREA <i>Documentación personal OK</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>
PSICOPEDAGOGIA	IRAÑEZ MARIJA Sofia Torres <i>Documentación personal PENDIENTE</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL <i>Documentación personal PENDIENTE</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL <i>Documentación personal PENDIENTE</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>

22. Si requiere agregar una prestación que no tenía el año anterior, deberá presionar el botón **"Agregar NUEVA Prestación"**, ubicado debajo del listado.

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Proveedor	Qué desea realizar?	Acción Requerida
KINESIOLOGIA	HERNANDEZ MAXIMILIANO <i>Documentación personal OK</i>	NO Renovar	No requiere cargar documentación
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA <i>Documentación personal OK</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>
PSICOLOGIA	LOPEZ ANDREA <i>Documentación personal OK</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>
PSICOPEDAGOGIA	IRAÑEZ MARIJA Sofia Torres <i>Documentación personal PENDIENTE</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL <i>Documentación personal PENDIENTE</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL <i>Documentación personal PENDIENTE</i>	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>

23. Al presionarlo, se mostrará la siguiente pantalla para registrar los datos:

Detalle de la prestación

Grupo Prestación: [Seleccione] | Prestación: [Seleccione]

Proveedor que brindará la prestación

CUIT Proveedor: Ingrese CUIT del Proveedor | Razón Social: Ingrese Razón Social

Observaciones (Opcional): Ingrese una observación si lo requiere

Cerrar | Guardar

TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO | REMISES TRECBL | Documentación personal PENDIENTE | Renovar | Documentación Completa | Cargar Detalle

Agregar NUEVA Prestación

24. Debe completar el grupo de prestación, a continuación la prestación (que se filtrará de acuerdo a la selección previa del grupo), el proveedor que la brindará y la documentación requerida según la prestación.

Detalle de la prestación

Grupo Prestación: Sesiones de Profesionales (E): Psicología, Fonoaudiología, etc) | Prestación: FONOAUDIOLOGIA

Cantidad de sesiones mensuales: 8

Proveedor que brindará la prestación

CUIT Proveedor: 2755555550 | Razón Social: FERNANDEZ ANA

Documentación

2. Adjunte los archivos según corresponda en formato PDF

INFORME DE EVALUACION INICIAL | Seleccionar archivo: Ninguno archivo selec. | Adjuntar

Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, particular, etc) adjunte aquí una nota aclarando esta situación.

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL | Seleccionar archivo: Ninguno archivo selec. | Adjuntar

Debe constar: Período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.

PRESUPUESTO | Seleccionar archivo: Ninguno archivo selec. | Adjuntar

Observaciones (Opcional): Ingrese una observación si lo requiere

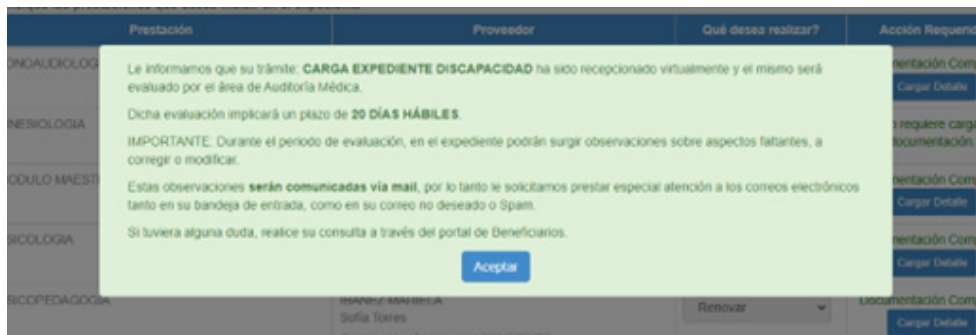
Cerrar | Guardar

25. Al guardar y mostrar la lista de prestaciones actualizada, se visualiza la nueva prestación, dónde en la columna “¿Qué desea realizar?” se autocompletó con “Agregar prestación”.

Prestación	Proveedor	¿Qué desea realizar?	Acción Requerida
FONOAUDILOGIA	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Agregar Prestació	Documentación Completa. Cargar Detalle
KINESIOLOGIA	HERNANDEZ MAXIMILIANO Documentación personal OK	NO Renovar	No requiere cargar documentación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle
PSICOLOGIA	LOPEZ ANDREA Documentación personal OK	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle
PSICOPEDAGOGIA	IBÁÑEZ MARBELLA Sofía Torres Documentación personal PENDIENTE	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle

26. Si finalizó su carga para la solicitud del nuevo expediente y está todo completo, podrá presionar el botón “Enviar a OSPACA”.

27. Si no se detecta ningún error, se mostrará una pantalla de las siguientes características, diciéndole que hemos recibido la carga del expediente correctamente.



28. Ahora el expediente se encuentra “Pendiente de Verificación”.

CARGA DE EXPEDIENTE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO GONZALEZ MATIAS Salir

La solicitud se encuentra en estado **PENDIENTE DE VERIFICACIÓN**
Por favor espere la evaluación de la misma por el área de Auditoría Médica.

Documentación Personal

1. Adjunte los archivos del beneficiario según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)	20222222221_DOCBENEF_CUD_20221123180025.pdf	PENDIENTE DE VERIFICACIÓN
CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO	20222222221_DOCBENEF_Constancia alum_20221123180033.pdf	PENDIENTE DE VERIFICACIÓN
CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. <small>La totalidad de las prestaciones que solicitan.</small>	20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180041.pdf 20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180047.pdf	PENDIENTE DE VERIFICACIÓN

Documentación Médica

2. Adjunte la documentación médica según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	20222222221_DOCMED_Historia clinic_20221123181753.pdf	PENDIENTE DE VERIFICACIÓN
PRESCRIPCIONES MÉDICAS <small>Con fecha anterior al periodo de prestación solicitado.</small>	20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181801.pdf 20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181811.pdf	PENDIENTE DE VERIFICACIÓN

29. Una vez que OSPACA verifica su expediente, las documentaciones personales y médicas, y las prestaciones podrán pasar al estado **“Aceptado”** o **“Rechazado”**.

30. Supongamos que se aceptaron todos los documentos menos las prescripciones médicas. En ese caso, se verá el estado **“Rechazado”** junto a un botón **“Ver Motivo”** al lado de la documentación correspondiente.

Documentación Personal

1. Adjunte los archivos del beneficiario según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)	20222222221_DOCBENEF_CUD_20221123180025.pdf	ACEPTADO
CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO	20222222221_DOCBENEF_Constancia alum_20221123180033.pdf	ACEPTADO
CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II.	20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180041.pdf 20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180047.pdf	ACEPTADO

La totalidad de las prestaciones que solicitan.

Documentación Médica

2. Adjunte la documentación médica según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	20222222221_DOCMED_Historia clinic_20221123181753.pdf	ACEPTADO
PRESCRIPCIONES MÉDICAS Con fecha anterior al período de prestación solicitado.	20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181801.pdf 20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181811.pdf	RECHAZADO Ver Motivo
FORMULARIO FIM COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO Solo en caso de solicitar Dependencia		

31. Al presionar el botón **“Ver Motivo”** se mostrará el mismo, para que pueda reemplazar el/los documento/s por el/los corregido/s. Para eso, deberá presionar el botón **“Cambiar”** y seleccionar la documentación corregida.

Documentación Personal

1. Adjunte los archivos del beneficiario según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)	20222222221_DOCBENEF_CUD_20221123180025.pdf	ACEPTADO
CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO	20222222221_DOCBENEF_Constancia alum_20221123180033.pdf	ACEPTADO
CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II.	20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180041.pdf 20222222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180047.pdf	ACEPTADO

La totalidad de las prestaciones que solicitan.

Documentación Médica

2. Adjunte la documentación médica según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	20222222221_DOCMED_Historia clinic_20221123181753.pdf	ACEPTADO
PRESCRIPCIONES MÉDICAS Con fecha anterior al período de prestación solicitado.	20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181801.pdf 20222222221_DOCMED_Prescripciones_20221123181811.pdf	RECHAZADO Ver Motivo
FORMULARIO FIM COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO Solo en caso de solicitar Dependencia		

Motivo de Rechazo

Todas las prescripciones deben tener fecha anterior al período de prestación solicitado.

Cerrar

32. De igual forma deberá corregirse la documentación correspondiente a una prestación que haya sido rechazada. En la lista lo verá de la siguiente manera:

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente			
Prestación	Proveedor	Qué desea realizar?	Acción Requerida
FONOAUDIOLÓGIA	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Agregar Prestació	Documentación Completa. Cargar Detalle
KINESIOLOGIA	HERNANDEZ MAXIMILIANO Documentación personal OK	NO Renovar	No requiere cargar documentación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle
PSICOLOGIA	LOPEZ ANDREA Documentación personal OK	Renovar	Debe completar la documentación. Cargar Detalle
PSICOPEDAGOGIA	IBÁÑEZ MARIELA Sofía Torres Documentación personal PENDIENTE	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	Documentación Completa. Cargar Detalle

33. Al acceder a completar la documentación, se le indicará qué documento está rechazado, con su motivo.

Documentación		
2. Adjunte los archivos según corresponda en formato PDF		
INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN <i>Debe constar: Período de abordaje (debe contemplar todo el período del año anterior en el que se brindó la prestación, Ej: marzo a diciembre), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. Deberá ser presentado en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior.</i>	20222222221_27666666665_DOCPREST_Informe Evoluti_20221123184358.pdf	ACEPTADO
PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL <i>Debe constar: Período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.</i>	20222222221_27666666665_DOCPREST_Plan de abordaj_20221123184409.pdf	RECHAZADO Ver Motivo
PRESUPUESTO	20222222221_27666666665_DOCPREST_Presupuesto_20221123184419.px	ACEPTADO

34. Deberá reemplazarlo de la misma manera, presionando el botón "Cambiar" y reemplazando la documentación.

35. Una vez realizadas todas las correcciones, deberá presionar el botón "Enviar a OSPACA" y esperar a que se revise, quedando nuevamente en estado "**Pendiente de Verificación**".

36. Una vez revisada, si toda la solicitud se encuentra correcta, el estado se visualizará "**Aceptado**".

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
EXCISO 14019-4

DISCAPACIDAD. SELECCIONE EL BENEFICIARIO Salir

Si hay algún integrante en su grupo familiar que cuente con el Certificado Único de Discapacidad (CUD) y no se lista a continuación, envíe el mismo por medio del formulario web de contacto.

CUL	Nombre	Estado Expediente	Seleccionar
2022222221	GONZALEZ MATIAS	ACEPTADO	<input type="button" value="Seleccionar"/>

En caso de tener algún inconveniente o necesitar más información puede comunicarse por las siguientes vías:
 • ATENCIÓN TELEFÓNICA: 0800-999-6772 o 4106-4500 Lunes a Viernes de 09 a 16 hs
 • ATENCIÓN POR MAIL: informes@ospaca.com

37. Podrá acceder para consultar el detalle o realizar futuras modificaciones sobre el expediente.

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
EXCISO 14019-4

CARGA DE EXPEDIENTE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO GONZALEZ MATIAS Salir

La solicitud se encuentra en estado **ACEPTADO**
 Puede realizar modificaciones sobre el mismo. Para realizar el envío de la solicitud de expediente se validará que haya completado toda la información. Hasta completar la carga puede **GUARDAR BORRADOR** en todo momento.

Documentación Personal

1. Adjunte los archivos del beneficiario según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)	2022222221_DOCBENEF_CUD_20221123180025.pdf	<input type="button" value="ACEPTADO"/>
CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO	2022222221_DOCBENEF_Constancia alum_20221123180033.pdf	<input type="button" value="ACEPTADO"/>
CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II.	2022222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180041.pdf 2022222221_DOCBENEF_Conformidad Pre_20221123180047.pdf	<input type="button" value="ACEPTADO"/>

La totalidad de las prestaciones que solicitan.

Documentación Médica

2. Adjunte la documentación médica según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG o PNG

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	2022222221_DOCMED_Historia clinic_20221123181753.pdf	<input type="button" value="ACEPTADO"/>
PRESCRIPCIONES MÉDICAS	2022222221_DOCMED_Prescripciones_20221123200109.pdf	<input type="button" value="ACEPTADO"/>

Con fecha anterior al período de prestación solicitado.

FORMULARIO FIM COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO Ninguno archivo selec.

Solo en caso de solicitar Dependencia

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Proveedor	Opción Seleccionada	Qué desea realizar?	Acción Requerida
FONOAUDILOGIA	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Agregar Presta	NO realizar car	No requiere cargar documentación.
KINESIOLOGIA	HERNANDEZ MAXIMILIANO Documentación personal OK	NO Renovar	NO realizar car	No requiere cargar documentación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Renovar	NO realizar car	No requiere cargar documentación.
PSICOLOGIA	LOPEZ ANDREA Documentación personal OK	Renovar	NO realizar car	No requiere cargar documentación.
PSICOPELAGOGIA	IBÁÑEZ MARIELA Sofía Torres Documentación personal PENDIENTE	Renovar	NO realizar car	No requiere cargar documentación.
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	NO realizar car	No requiere cargar documentación.
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	NO realizar car	No requiere cargar documentación.

38. Si más adelante, surgiera la necesidad de realizar modificaciones sobre el expediente, podrá hacerlo accediendo a esta misma pantalla.

Para las prestaciones que haya renovado o agregado inicialmente (se visualiza en “Opción seleccionada”), tendrá las siguientes acciones habilitadas en “Qué desea realizar?”:

- No realizar cambios.
- Modificar (cantidad de sesiones si correspondiere y proveedor).
- Suspender.

Prestaciones				
3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente				
Prestación	Proveedor	Opción Seleccionada	Qué desea realizar?	Acción Requerida
FONOAUDILOGÍA	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Agregar Prestació	NO realizar cambi NO realizar cambios Modificar Suspender	No requiere cargar documentación.
KINESIOLOGÍA	HERNANDEZ MAXIMILIANO Documentación personal OK	NO Renovar		No requiere cargar documentación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.
PSICOLOGÍA	LOPEZ ANDREA Documentación personal OK	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.
PSICOPEDAGOGÍA	IBÁÑEZ MARIELA Sofía Torres Documentación personal PENDIENTE	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.

Para las prestaciones que no haya renovado inicialmente, tendrá las siguientes acciones habilitadas en “Qué desea realizar?”:

- No realizar cambios
- Renovar (donde podrá además cambiar la cantidad de sesiones si correspondiere y el proveedor).

Prestaciones				
3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente				
Prestación	Proveedor	Opción Seleccionada	Qué desea realizar?	Acción Requerida
FONOAUDILOGÍA	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Agregar Prestació	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.
KINESIOLOGÍA	HERNANDEZ MAXIMILIANO Documentación personal OK	NO Renovar	NO realizar cambi NO realizar cambios Renovar	No requiere cargar documentación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	FERNANDEZ ANA Documentación personal OK	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.
PSICOLOGÍA	LOPEZ ANDREA Documentación personal OK	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.
PSICOPEDAGOGÍA	IBÁÑEZ MARIELA Sofía Torres Documentación personal PENDIENTE	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.
TRANSPORTE ESCUELA	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.
TRANSPORTE REHABILITACION - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	REMISES TREBOL Documentación personal PENDIENTE	Renovar	NO realizar cambi	No requiere cargar documentación.

IMPRESIÓN EXPEDIENTE

1. Una vez que se encuentre creado al expediente del año, se podrá acceder al módulo **“Impresión Expediente”** para descargar / imprimir la nota de autorización de prestaciones, que actualmente se descarga desde la página Web de OSPACA.



2. Una vez finalizadas todas las acciones en el Portal, deberá cerrar la sesión presionando el botón **“Salir”**.

