

**OSPACA**

Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0160-4

INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA  
DE PRESTACIONES BÁSICAS DE  
**DISCAPACIDAD**  
**2026**



**IMPORTANTE:** SE RECUERDA QUE EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA SU AUTORIZACIÓN, YA QUE SE ENCUENTRA SUJETA A LA EVALUACIÓN QUE REALICE EL SECTOR DE AUDITORÍA EN DISCAPACIDAD. POR TAL MOTIVO, **NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.**

## TIEMPOS DE AUDITORÍA

Le solicitamos respetar los mismos. Las consultas recibidas antes del vencimiento de dichos plazos serán **DESESTIMADAS**.

**01. ENTREVISTAS CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:** (beneficiarios que no tuvieron prestaciones autorizadas previamente): 10 días hábiles.

**02. AUDITORÍA DE SOLICITUDES ANUALES:** (Renovación de prestaciones o solicitud por primera vez): 30 días hábiles.

**03. AUDITORÍA DE MODIFICACIONES Ó INCORPORACIONES DENTRO DE UNA SOLICITUD YA APROBADA:** 15 días hábiles.

**04. SOLICITUDES DERIVADAS AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA SU ANÁLISIS Y AUDITORÍA:** 15 días hábiles.

Recuerde que una vez realizada alguna de estas acciones, la solicitud queda **CERRADA** y deben esperar los días de auditoría para poder efectuar cualquier otra gestión.

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.

Podrá solicitarla ingresando al portal a través del siguiente link:

***<https://sistema.ospaca.com/Servicios/PortalBeneficiario/Ingreso.aspx>***

## DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2026

(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 Anexo Formularios, Pág.16*
- Planilla de datos Personales. *Ver en Anexo Formularios, Pág. 12*

#### DEL MÉDICO

- Resumen de historia clínica/formulario resumen de historia clínica: firmado por médico tratante. *Ver en formularios Pág.17.*
- Prescripciones médicas de las prestaciones comprendidas en el nomendador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, firmada por médico tratante. *Ver en formularios Pág.13-15.*

---

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 2026, la fecha del pedido médico debe ser de diciembre 2025 ó enero 2026) . Las prescripciones deben ser confeccionadas por el médico tratante del beneficiario. (puede ser de un efector público ). 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. *Ver modelo Pag. 20.*

*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 2025 en el que se brindó la prestación. Ej: mar a dic 2025), 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)*  
*Ver modelo Pag. 21.*

**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.** *Ver modelo Pag. 25.*

**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 ARCA). *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, Centro Educativo Terapéutico y Centro de Día, se deberá presentar INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el INFORME DEL PRESTADOR especificando los apoyos que se brindarán conforme al Plan de Abordaje Individual.  
*Ver modelo Pag. 18-19.*

Los documentos del 1 al 4 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (pudiendo ser únicamente de puño y letra).  
*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. *Ver modelo Pag. 20.*

*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 2025 en el que se brindó la prestación. Ej: mar a dic 2025), 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). Ver modelo Pag. 21.*

**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. *Usar Modelo Pag.27.*

**04. PRESUPUESTO.** *Ver modelo Pag. 25.*

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

**06. CONSTANCIA DE CUIT** (Inscripción en ARCA). *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 únicamente de puño y letra). 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 LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA QUE EL APOYO SE REALIZARÁ CON EQUIPO. VER MODELO PAG. 13.**

### 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. *Ver modelo Pag. 20..*

*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 2025 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2025), modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. *Ver modelo Pag. 21.*

**03. ACTA ACUERDO** firmada por familiar responsable/Tutor, Directivo de la Escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta podrá ser presentada hasta el 30/04/2026). *Ver modelo Pag. 23.*

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

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

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

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

---

Recuerde que el Certificado de Alumno Regular y Acta de Acuerdo, **vencen el 30/04/2026**. En caso de **NO** presentar el documento correspondiente al año en curso antes de dicha fecha, la facturación de los meses subsiguientes serán rechazadas.

---

## 04. MAESTRO DE APOYO

BRINDADO POR UN PROFESIONAL  
INDEPENDIENTE.

**IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA QUE SOLICITA MAESTRO DE APOYO. VER MODELO PAG. 14.**

### **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. *Ver modelo Pag. 20.*

*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 2025 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2025), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzado. *Ver modelo Pag. 21.*

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

podrá ser presentada hasta el 30/04/2026). *Ver modelo Pag. 23.*

**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 ARCA). *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

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

---

Recuerde que el Certificado de Alumno Regular y Acta de Acuerdo, **vencen el 30/04/2026**. En caso de **NO** presentar el documento correspondiente al año en curso antes de dicha fecha, la facturación de los meses subsiguientes serán rechazadas.

---



## 05. TRANSPORTE

**IMPORTANTE: LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA 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. VER MODELO PAG. 13.**

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), (Ver páginas 18-19), confeccionada por médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán. Ver modelo Pag. 24.

**01. CONFORMIDAD** DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS, firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / Tutor. Conforme al Anexo II (Pág. 16).

**02. 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. Ver formulario Pag. 25.

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

**07. PÓLIZA DE SEGURO de REMIS ó SIMILAR** *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

**08. CONSTANCIA DE CUIT** (Inscripción en ARCA). *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, la prescripción médica debe detallar cuáles y cuántas sesiones se brindarán en el mismo.

Para cambio de prestador se requiere:

- Nota de solicitud de cambio de prestador. (Pág. 28)
- Toda la documentación del nuevo prestador, incluido el informe de evaluación inicial (excepto en caso de transporte).

ANEXO II - Conformidad Prestación Año 2026 (Pág. 16)

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

03. 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.

04. 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. *Usar modelo subido en [www.ospaca.com/proveedores](http://www.ospaca.com/proveedores)*

05. 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 UN 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.

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.

---

Beneficiarios monotributistas: Se les recuerda que al tercer mes consecutivo o cinco meses alternados que adeude el pago del monotributo, será automáticamente dado de baja de la Obra Social. Reactivándose nuevamente por medio del portal web de beneficiarios o dirigiéndose a nuestras delegaciones para realizar el trámite.

**EL PERÍODO QUE NO SE ENCUENTRE ACTIVO NO SE ABONARÁN LAS PRESTACIONES.**

---

## HOJA DE VERIFICACIÓN

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

### DOCUMENTACIÓN PERSONAL

(para todos los casos)

Tildar lo que corresponda

- ☐ Certificado Único de Discapacidad (vigente).
- ☐ Constancia de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado.
- ☐ Planilla de Datos Personales.
- ☐ Conformidad por las prestaciones (Anexo II).

### DEL MÉDICO

Tildar lo que corresponda

- ☐ Resumen de Historia Clínica.
- ☐ Prescripciones Médicas.

### DEL PRESTADOR

Tildar lo que corresponda

- ☐ Informe de evaluación Inicial (sólo en caso de una nueva prestación).
- ☐ Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas).
- ☐ Plan de abordaje individual.
- ☐ Presupuesto.
- ☐ Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP).
- ☐ Registro Nacional de Prestadores (RNP)
- ☐ En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.
- ☐ En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M

En caso de solicitar Apoyo Escolar:

#### CON EQUIPO

- ☐ Acta Acuerdo.
- ☐ Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.

#### CON MAESTRA DE APOYO

- ☐ Título Habilitante.
- ☐ Certificado analítico de materias.

### TRANSPORTE

Tildar lo que corresponda

- ☐ Conformidad del Diagrama de Traslados.
- ☐ Presupuesto.
- ☐ Mapa recorrido.
- ☐ Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP).
- ☐ Constancia CBU emitida por el Banco.
- ☐ VTV, licencia del conductor y póliza de seguro.
- ☐ Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo.



# FORMULARIOS



Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0160-4

Última oct. ENERO 2026

## DATOS PERSONALES

Estimados/as:

Para tener una comunicación más fluida y en el caso que el EID - Equipo Interdisciplinario de Discapacidad necesite comunicarse con usted por algún motivo, es importante tener los siguientes datos actualizados.

### DEL BENEFICIARIO/A CON CUD:

APELLIDO Y NOMBRE

DNI

### DEL ADULTO RESPONSABLE - MADRE :

APELLIDO Y NOMBRE

DNI

TELÉFONO

HORARIOS DISPONIBLES  
PARA RECIBIR LLAMADOS

MAIL

### DEL ADULTO RESPONSABLE - PADRE :

APELLIDO Y NOMBRE

DNI

TELÉFONO

HORARIOS DISPONIBLES  
PARA RECIBIR LLAMADOS

MAIL

*Declaro que los datos son los correctos para que la Obra Social se contacte con nosotros.*

*Del Adulto responsable que completa la planilla :*

*Firma*

Aclaración

DNI

**OSPACA**Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0160-4

Última act: septiembre 2025

**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INTEGRACIÓN ESCOLAR**

FECHA / /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido  
DNI EDAD**Solicito módulo de apoyo a la integración escolar con equipo.**

Desde hasta 2026.

Diagnóstico:

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante

www.ospaca.com

**OSPACA**Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0160-4

Última act: septiembre 2025

**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE**

FECHA / /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido:  
DNI EDAD**Solicito transporte** hacia (prestación).

Desde hasta 2026.

Con dependencia ☐ SI ☐ NO (tachar lo que NO corresponda)

Justificación medica del por qué no se puede trasladar en transporte público:

Diagnóstico

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante

www.ospaca.com



**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA REHABILITACIÓN**

FECHA / /

BENEFICIARIO Nombre y Apellido:

DNI EDAD

**Solicitud**

Fonoaudiología	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Kinesiología	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Psicopedagogía	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Psicología	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Terapia Ocupacional	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Estimulación Visual	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Musicoterapia	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Psicomotricidad	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Otra .....	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Otra .....	sesiones semanales.	sesiones mensuales.

Desde hasta 2026.

Diagnóstico:

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante

[www.ospaca.com](http://www.ospaca.com)



**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA MAESTRA DE APOYO**

FECHA / /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido:

DNI EDAD

**Solicito módulo maestra de apoyo.**

Desde hasta 2026.

Diagnóstico:

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante

[www.ospaca.com](http://www.ospaca.com)



**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INSTITUCIONES**

FECHA / /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido:

DNI EDAD

**Solicito** (tilde lo que corresponda)

- ☐ Escolaridad
- ☐ Centro Educativo Terapéutico → con dependencia: ☐ si ☐ no
- ☐ Centro de Día → con dependencia: ☐ si ☐ no
- ☐ Hogar → con dependencia: ☐ si ☐ no
- ☐ Formación Laboral
- ☐ Jornada simple
- ☐ Jornada doble

Desde hasta 2026.

Diagnóstico

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante

www.ospaca.com



**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

FECHA / /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido:

DNI EDAD

**Solicito módulo de estimulación temprana.**

Desde hasta 2026.

Diagnóstico:

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante

www.ospaca.com





ANEXO II-2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026

RECUERDE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON CUD

Yo, (Familiar | Responsable | Tutor) , 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
PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA
PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA
PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA
PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA
PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA
PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA

Firma y aclaración

Fecha

COMPLETAR:

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: (Beneficiario con CUD)

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

Firma 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

Nº

**Diagnóstico de la Patología Discapacitante**

Edad

Sexo

### 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 prescritos

### Prestaciones que recibe actualmente

Firma (puño y letra) del médico tratante

Sello del médico tratando

## FORMULARIO FIM

FECHA

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 de puño y letra y sello del  
 Profesional

.....  
 N° Matrícula

.....  
 Especialidad

## INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

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

Detalle brevemente la situación en Clínica/Pedagógica observada en la entrevista de admisión del beneficiario/a

FORMA EN QUE FUÉ EVALUADO/A (Marque lo que corresponde)

Con el Beneficiario/a	Sí - No	Con los adultos responsables	Sí - No
Presencial	Sí - No	Virtual	Sí - No

Cantidad de sesiones semanales solicitadas

En caso de Instituciones (CET- Centro de Día- Esc. Especial) TIPO DE JORNADA

Firma (\*)

Aclaración

Sello legible

Matrícula

(\*) PUDIENDO SER ÚNICAMENTE DE PUÑO Y LETRA.

## 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

<b>Período de abordaje.</b> <i>(Ej: Marzo-Dic 2025)</i>		<b>Fecha de comienzo de la prestación</b> <i>(en caso de prestación que viene de años anteriores, indicar mes y año).</i>	
<b>Modalidad de concurrencia</b> <i>(tipo de jornada/cantidad de sesiones).</i>		<b>Tiempo de duración de la sesión.</b>	

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

**Estrategias utilizadas:**

*Intervenciones realizadas con el núcleo de apoyo:*

*Objetivos alcanzados en el período:*

*Firma Original  
de Puño y letra*

*Aclaración*

*Sello legible*

*Matrícula*



## ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

FECHA

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

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

## CONFORMIDAD DIAGRAMA DE TRASLADOS

*Para completar por el Beneficiario / Familiar / Responsable o Tutor*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

## 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	PRESTACIÓN	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DESTINO	KM POR VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1						
2						
3						
4						

## CRONOGRAMA DE TRASLADO (Marcar con una cruz los días de traslado)

DÍAS	PRESTACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1							
2							
3							
4							

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

## PRESUPUESTO PRESTACIONAL

FECHA DE EMISIÓN  CUIT   
RAZÓN SOCIAL   
DOMICILIO DONDE SE REALIZA LA PRESTACIÓN   
MAIL  TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO   
DNI  MODALIDAD PRESTACIÓN A BRINDAR

TIPO DE JORNADA QUE REALIZA	<input type="text"/>	Simple o Doble	<input type="text"/>
Período: Desde	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>
Categoría	<input type="text"/>	Almuerzo	<input type="text"/> Sí - No
Monto Mensual	<input type="text"/>		
En caso de corresponder: Dependencia	<input type="text"/> Sí - No	Matrícula anual	<input type="text"/>

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES  MONTO POR SESIÓN

## CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIO	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>
	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>

Del Profesional:

.....  
Firma Original  
de Puño y letra

.....  
Aclaración

.....  
Sello Legible

FECHA (anterior al inicio de la prestación)

LUGAR

Última act: Sept. 2025

## MODELO PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN 2026

(Terapia con profesional independiente)

### DEL BENEFICIARIO/A CON CUD:

APELLIDO Y NOMBRE

DNI

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

DIAGNÓSTICO

### DEL PRESTADOR :

APELLIDO Y NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL

CUIT

TELÉFONO

MAIL

NOMBRE DE LA TERAPIA

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES SOLICITADAS AÑO 2026

OBJETIVOS QUE SE PROPONEN CON EL/LA BENEFICIARIA/O PARA EL AÑO 2026

DETALLE DE LA METODOLOGÍA (ACCIONES) DE TRABAJO QUE VA A REALIZAR CON EL BENEFICIARIO/A PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR USTED

Del Prestador que completa la planilla :

Firma - Original de Puño y Letra

Sello

Aclaración - Original de Puño y Letra

Matrícula - Completar si corresponde

**OSPACA**Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0160-4

Última act: septiembre 2025

**NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**

FECHA

NOMBRE Y APELLIDO 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 del mes de .....  
 Solicito nueva **alta** de dicha prestación con el profesional y/o institución .....

Firma

Aclaración

DNI/LC/LE

www.ospaca.com

**OSPACA**Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0160-4

Última act: septiembre 2025

**SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO**

FECHA

NOMBRE Y APELLIDO DEL 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



### ***Nómina de Prestadores:***

Conforme lo establecido en el Art 6° de la Ley 24901 y su reglamentación mediante el decreto 1193/98, OSPACA no cuenta con una nómina de prestadores de discapacidad contratados.

Es decir que en cumplimiento de la normativa vigente en la materia, los beneficiarios con certificado único de discapacidad pueden acceder a la cobertura del plan de tratamiento indicado por el médico tratante, con los prestadores que consideren pertinentes. Siempre y cuando los mismos cuenten con la documentación exigida para cada modalidad prestacional en la Res 1743/2024, sus complementarias y modificatorias.

La página detalla dicha documentación, en forma clara y concisa.

El equipo interdisciplinario de OSPACA y el personal administrativo del sector de discapacidad se encuentran a disposición de nuestros beneficiarios de todo el país y sus familias a fin de garantizar que la cobertura se brinde con prestadores idóneos en forma oportuna y accesible.

### ***Canales de Comunicación:***

Portal de Beneficiarios en [www.ospaca.com](http://www.ospaca.com)