

OSPACA

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

INSTRUCTIVO PARA PORTAL DE **BENEFICIARIOS** DISCAPACIDAD

ÚLT. ACT. 1 NOV 2024



Una Decisión **Saludable.**

CONTENIDO

MÓDULO DISCAPACIDAD	3
SOLICITUD DE ENTREVISTA INICIAL CON EID	6
SOLICITUD DE EXPEDIENTE	9
MODIFICAR / COMPLETAR / CORREGIR EXPEDIENTE	22
COMPLETAR DOCUMENTACIÓN	23
CORREGIR RECHAZOS	26
AGREGAR PRESTACIÓN	31
DAR DE BAJA PRESTACIÓN	35
MODIFICAR PRESTACIÓN	38
VER EXPEDIENTE AUTORIZADO	42
ACTUALIZAR CUD	43
MIS GESTIONES	45

MÓDULO DISCAPACIDAD

- 1 Este módulo permite realizar los trámites necesarios para solicitar la cobertura de prestaciones por discapacidad. Para ingresar se debe presionar en el módulo **Discapacidad**.



- 2 Al ingresar al módulo se visualizarán tres grupos de opciones a seleccionar: **Instructivo de Discapacidad**, **Manual de Uso del Portal de Discapacidad** y **Acceso al Portal de Discapacidad**.



- 3 Al seleccionar **Instructivo de Discapacidad**, se descargará un archivo pdf para consultar detalles de la documentación requerida para la solicitud de expedientes y trámites relacionados.
- 4 Al seleccionar **Manual de Uso del Portal de Discapacidad**, se descargará ÉSTE instructivo en un archivo pdf con una guía de instrucciones para registrar la solicitud de expedientes y trámites relacionados, como así también instrucciones de uso y ejemplos de los distintos módulos del portal.
- 5 Para ingresar al Portal de Discapacidad, seleccionar el módulo **Acceso al Portal de Discapacidad**. El sistema mostrará la lista de beneficiarios que cuentan con el Certificado Único de Discapacidad del grupo familiar del titular. Para continuar con el trámite deberá presionar el botón "Seleccionar".



DISCAPACIDAD

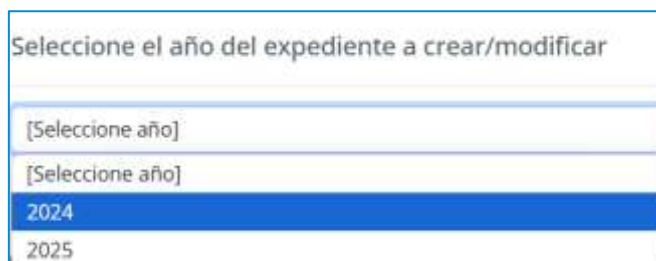
/ Selección Discapacidad / Selección Beneficiario

DISCAPACIDAD. SELECCIONE EL BENEFICIARIO

Si hay algún integrante en su grupo familiar que cuente con el Certificado Único de Discapacidad (CUD) y no se lista a continuación, ingrese el mismo a través del botón "Carga de Trámites" seleccionando la opción "Presentación de certificado de discapacidad".

CUIL	NOMBRE	Acciones
20000000002	JUAN PEREZ	 Seleccionar

- 6 Para el caso que se encuentre habilitado más de un año para crear o modificar un expediente, se deberá seleccionar en la siguiente pantalla.



Seleccione el año del expediente a crear/modificar

[Seleccione año]

[Seleccione año]

2024

2025

- 7 Posteriormente se visualizarán diferentes acciones que se pueden realizar.

DISCAPACIDAD

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

SOLICITUD DE ENTREVISTA INICIAL CON EID La entrevista inicial con el Equipo Interdisciplinario (EID) para solicitar prestaciones por primera vez ya ha sido realizada.	SOLICITUD DE EXPEDIENTE Se permite registrar la solicitud del expediente de discapacidad para el año 2025.	MODIFICAR / COMPLETAR / CORREGIR EXPEDIENTE No tiene expediente creado. Una vez creado, se permitirá realizar cambios en las prestaciones, completar documentación y corregir rechazos.
VER EXPEDIENTE AUTORIZADO No tiene expediente creado. Una vez creado, se permitirá descargar e imprimir el detalle.	ACTUALIZAR CUD No tiene expediente creado. Una vez creado, se permitirá actualizar el CUD.	MIS GESTIONES Se permite visualizar las gestiones registradas y conocer su estado.

⚠️ Atención: Si existe algún integrante del grupo familiar que cuente con Certificado Único de Discapacidad (CUD) y no aparece en el listado, deberá en primera instancia, ingresar al portal general, **Módulo Carga de Trámites** - opción **Modificaciones** e ingresar la opción "Presentación de certificado de discapacidad". Deberá esperar 48 hs. hábiles a que el CUD cargado sea gestionado.

🏠

BIENVENIDO BENEFICIARIO JUAN PEREZ

MIS DATOS Se permite visualizar sus datos personales de contacto, y confirmar o solicitar la actualización de los mismos.	CARGA DE CONSULTAS Se permite realizar nuevas consultas.	CARGA DE TRÁMITES Se permite realizar nuevos trámites relacionados a su afiliación.
CONSULTAS Y TRÁMITES REALIZADOS Se permite visualizar sus consultas y trámites realizados, conocer su estado y su respuesta.	DISCAPACIDAD Si algún integrante en su grupo familiar cuenta con Certificado Único de Discapacidad y no tiene habilitado este módulo, envíe el mismo por "Carga de Trámites".	

www.ospaca.com

Una Decisión Saludable.

SOLICITUD DE ENTREVISTA INICIAL CON EID

- 1 El primer paso para solicitar cobertura de prestaciones por discapacidad, es solicitar entrevista con el **Equipo Interdisciplinario de Discapacidad de OSPACA**. La entrevista inicial se realiza una única vez. En caso de haber contado en alguna oportunidad con prestaciones autorizadas por OSPACA, no es necesario realizar la entrevista. Se podrá continuar con la **SOLICITUD DE EXPEDIENTE**.
- 2 Si el beneficiario aún no realizó la entrevista inicial, se deberá registrar la solicitud presionando en el módulo **Solicitud de Entrevista Inicial con EID**.



- 3 En la siguiente pantalla, se detallarán los campos **Teléfono fijo**, **Celular**, y **Mail** de contacto. También se podrá agregar la información que considere en un campo de **Aclaraciones**. Además, se deberá adjuntar el **Certificado Único de Discapacidad (CUD)**.
- 4 Para adjuntar el CUD, presionar el botón "Seleccionar archivo", elegir el archivo desde la PC y luego presionar el botón "Adjuntar".

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad

DISCAPACIDAD. SOLICITUD DE PRIMERA ENTREVISTA CON EID. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

TELÉFONO	CELULAR	MAIL		
011	11111111	011	55555555	juanperez@dominio.com

ACLARACIONES (POR EJEMPLO, DÍAS Y HORARIOS DISPONIBLES PARA CONTACTO)

Ingrese las aclaraciones que considere

Documentación

(Adjunte el archivo, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivo JPG o PNG.)

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado  Adjuntar

CERRAR Enviar


- 5 En caso de error en el archivo adjunto, es posible reemplazar el mismo mediante el botón "Cambiar".

Documentación

(Adjunte el archivo, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivo JPG o PNG.)

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)

Archivo 1.pdf



CERRAR Enviar

- 6 Finalmente presionar el botón "Enviar" para registrar la solicitud de primera entrevista con EID.

DISCAPACIDAD. SOLICITUD DE PRIMERA ENTREVISTA CON EID. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

TELÉFONO

0111111111

CELULAR

01155555555

MAIL

juanperez@dominio.com

ACLARACIONES (POR EJEMPLO, DÍAS Y HORARIOS DISPONIBLES PARA CONTACTO)

Ingrese las aclaraciones que considere

Documentación

(Adjunte el archivo, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivo JPG o PNG.)

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)

Archivo 1.pdf

Cambiar

CERRAR



Enviar

- 7 El sistema mostrará un mensaje de confirmación informando que OSPACA se pondrá en contacto con el beneficiario para coordinar la entrevista dentro de los 10 días hábiles.

La solicitud de entrevista inicial con el Equipo Interdisciplinario se registró correctamente. Por favor aguarde nuestro contacto. Considere que el mismo se realizará dentro de los próximos 10 días hábiles.
Se solicita haber leído el instructivo de Discapacidad previo a la entrevista.
[Ver Instructivo de Discapacidad](#)

ACEPTAR

SOLICITUD DE EXPEDIENTE

- 1 Una vez realizada la entrevista inicial con el **EID de OSPACA** es posible registrar la solicitud de creación de expediente de Discapacidad. Para registrar la solicitud, presionar el módulo **Solicitud de Expediente**.

DISCAPACIDAD

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

SOLICITUD DE ENTREVISTA INICIAL CON EID La entrevista inicial con el Equipo Interdisciplinario (EID) para solicitar prestaciones por primera vez ya ha sido realizada.	SOLICITUD DE EXPEDIENTE Se permite registrar la solicitud del expediente de discapacidad para el año 2025.	MODIFICAR / COMPLETAR / CORREGIR EXPEDIENTE No tiene expediente creado. Una vez creado, se permitirá realizar cambios en las prestaciones, completar documentación y corregir rechazos.
VER EXPEDIENTE AUTORIZADO No tiene expediente creado. Una vez creado, se permitirá descargar e imprimir el detalle.	ACTUALIZAR CUD No tiene expediente creado. Una vez creado, se permitirá actualizar el CUD.	MIS GESTIONES Se permite visualizar las gestiones registradas y conocer su estado.

- 2 Se visualizará la siguiente pantalla, en la que se deberán aceptar las condiciones y los tiempos de auditoría de OSPACA seleccionando la opción y luego presionar el botón "Continuar".

Una vez subida la documentación y enviada a OSPACA para su auditoría, deberá aguardar **30 días hábiles para solicitud de prestaciones** y **15 días hábiles para modificaciones**. Recibirá una respuesta a su solicitud dentro de los tiempos estipulados.

☒ Acepto condiciones y tiempos de auditoría antes mencionados

CONTINUAR

⚠️ Atención: Los tiempos de auditoría médica son: **30 días hábiles** para expedientes nuevos y **15 días hábiles** para modificaciones.

- 3 Posteriormente, se deberán completar todos los datos requeridos por el sistema. Puede **guardar** la presentación en todo momento presionando el botón "Guardar Borrador". **Recuerde** que con esta acción **NO** envía la documentación a la obra social.

DISCAPACIDAD

[🏠](#) / [Selección Discapacidad](#) / [Selección Beneficiario](#) / [Discapacidad](#)

CARGA DE EXPEDIENTE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO JUAN PEREZ

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, JPEG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) *

Examinar...

No se seleccionó un archivo.

Adjuntar

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO *
Puede presentar el certificado del año 2024 que tendrá vigencia hasta el 30/04/2025; a partir de esa fecha deberá presentar el del año 2025.

Examinar...

No se seleccionó un archivo.

Adjuntar

CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. *
Todos los campos detallados deben estar completos.

Examinar...

No se seleccionó un archivo.

Adjuntar

Documentación Medica

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

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA *
Deberá confeccionarse de acuerdo al modelo de OSPACA que se encuentra en el instructivo.

Examinar...

No se seleccionó un archivo.

Adjuntar

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Qué desea realizar?	Acción Requerida
PSICOLOGIA	[Seleccione]	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOLOGIA (ESCUELA COMUN)	[Seleccione]	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.

Agregar Nueva Prestación

Podrá visualizar estas opciones solo en el caso de haber contado con expediente en el año anterior.

Cerrar

➔

Guardar Borrador

Enviar a OSPACA

www.ospaca.com

- 4 La primera sección a completar es la de **Documentación Personal**. Se deberán adjuntar todos los documentos solicitados. Respecto a la **Conformidad por las Prestaciones**, se deberá adjuntar conforme el Instructivo de Discapacidad de OSPACA.

DISCAPACIDAD

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad

CARGA DE EXPEDIENTE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO JUAN PEREZ

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, JPEG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) *	Examinar...	No se seleccionó un archivo.	Adjuntar
CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO *	Examinar...	No se seleccionó un archivo.	Adjuntar
CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. *	Examinar...	No se seleccionó un archivo.	Adjuntar

- 5 Para adjuntar un **archivo**, presionar el botón “Examinar”, elegir el archivo desde la PC y luego presionar el botón “Adjuntar”. Se recomienda que los archivos adjuntos sean en formato PDF. Podrá visualizar el archivo adjunto presionando sobre el nombre.

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, JPEG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) *	Examinar...	Archivo_1.pdf	Adjuntar
---	-------------	---------------	----------

Atención: Para seleccionar más de un archivo por ítem, mantenga presionada la tecla **CTRL** mientras se van seleccionando. Puede utilizar la **X** para eliminar el archivo.

- 6 Posteriormente se deberá completar la sección de **Documentación Médica**.
- 7 Al igual que en la sección anterior, para adjuntar un **archivo** se debe presionar el botón "Examinar", elegir el archivo desde la PC y luego presionar el botón "Adjuntar".

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, JPEG o PNG

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA *
Deberá confeccionarse de acuerdo al modelo de OSPACA que se encuentra en el instructivo.

Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

- 8 En la sección **Prestaciones** se deberán indicar las prestaciones que desea incluir en el expediente. Si el expediente es una renovación de un expediente del año anterior, se podrán observar las diferentes prestaciones que se encontraban activas y que se deberán **Renovar** si se desea continuar con las mismas.

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Qué desea realizar?	Acción Requerida
PSICOLOGIA	[Seleccione]	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOLOGIA (ESCUELA COMUN)	[Seleccione]	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.

Agregar Nueva Prestación

Cerrar Guardar Borrador Enviar a OSPACA

- 9 Para renovar una prestación, seleccionar la opción **Renovar** (de la lista desplegable) en la prestación deseada. Luego presionar el botón "Cargar Detalle" para completar la información requerida por el sistema.

Prestaciones		
3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente		
Prestación	Qué desea realizar?	Acción Requerida
PSICOLOGIA	Renovar	Debe completar la documentación. Cargar Detalle

- 10 En la siguiente pantalla, se deberá detallar si la prestación continúa igual o si se desean realizar cambios, por ejemplo, en cantidad de sesiones, dependencia, jornada y proveedor. También adjuntar la documentación médica respaldatoria.

Detalle de la prestación	
GRUPO PRESTACIÓN * Sesiones de Profesionales (Ej: Psicología, Fonoaudiología)	PRESTACIÓN * PSICOLOGIA
CAMBIA LA CANTIDAD DE SESIONES? * NO	# CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES * 20
Proveedor que brindará la prestación	
CAMBIA EL PROVEEDOR? * NO	CUIT DEL PROVEEDOR * 11111111111
RAZÓN SOCIAL (COMO FIGURA EN LA AFIP) * OSVALDO SANCHEZ	
Documentación Médica del Beneficiario	
Adjunte la documentación médica según corresponda, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivos JPG, JPEG o PNG	
PRESCRIPCION MÉDICA * <i>La fecha de prescripción debe ser anterior al período solicitado.</i>	
Examinar...	No se seleccionó un archivo. Adjuntar

- 11 Por último, adjuntar toda la documentación de la prestación, de ser necesario ingresar una observación aclaratoria y luego presionar el botón "Guardar".

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN *
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.

Examinar...
No se seleccionó un archivo.
Adjuntar

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL *
Debe constar: Período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.

Examinar...
No se seleccionó un archivo.
Adjuntar

PRESUPUESTO *

Examinar...
No se seleccionó un archivo.
Adjuntar

OBSERVACIONES (OPCIONAL)

Ingrese una observación si lo requiere

Cerrar
Guardar

- 12 Para agregar una nueva **Prestación** se deberá presionar el botón “Agregar Nueva Prestación”.

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Qué desea realizar?	Acción Requerida
PSICOLOGIA	[Seleccione]	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOLOGIA (ESCUELA COMUN)	[Seleccione]	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.

Agregar Nueva Prestación

Cerrar
Guardar Borrador
Enviar a OSPACA

- 13 El sistema mostrará la siguiente pantalla, donde se deberá seleccionar **Grupo de Prestación**, **Prestación** y completar el **CUIT del Proveedor**.

Detalle de la prestación

GRUPO PRESTACIÓN *

[Seleccione]

PRESTACIÓN *

[Seleccione]

Proveedor que brindará la prestación

CUIT DEL PROVEEDOR *

Ingrese CUIT del Proveedor

RAZÓN SOCIAL (COMO FIGURA EN LA AFIP) *

Ingrese Razón Social (como figura en AFIP)

OBSERVACIONES (OPCIONAL)

Ingrese una observación si lo requiere

Cerrar

Guardar

14 De acuerdo a lo seleccionado, el sistema desplegará que documentación es requerida adjuntar, marcada con el símbolo “*”, para completar el trámite.

15 A modo de **ejemplo**, se muestra a continuación una carga de prestación de **Transporte**.

Detalle de la prestación

GRUPO PRESTACIÓN *

Transporte

PRESTACIÓN *

TRANSPORTE

PRESTACIÓN DESTINO *

ESCUELA

CANTIDAD DE KMS MENSUALES *

30

DEPENDENCIA *

NO

Proveedor que brindará la prestación

CUIT DEL PROVEEDOR *

20000000002

RAZÓN SOCIAL (COMO FIGURA EN LA AFIP) *

OSVALDO SANCHEZ

www.ospaca.com

- 16 Si el CUIT del proveedor se encuentra dado de alta en OSPACA el sistema proporcionará los datos registrados. Caso contrario se deberá completar la **Razón Social** y un **Mail del Proveedor**, como así también adjuntar la **Documentación Personal del Proveedor**.
- 17 Para adjuntar un **archivo**, presionar el botón "Examinar", elegir el archivo desde la PC y luego presionar "Adjuntar".

Proveedor que brindará la prestación

CUIT DEL PROVEEDOR*
11111111111

RAZÓN SOCIAL (COMO FIGURA EN LA AFIP)*
OSVALDO SANCHEZ

MAIL DEL PROVEEDOR*
osanchez@dominio.com

Documentación Personal del Proveedor

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

HABILITACION ACTUALIZADA DE LA EMPRESA QUE FACTURA Y DEL VEHICULO QUE REALIZA EL TRASLADO *
Debe figurar a nombre de quién factura la prestación.

Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

VTV DEL VEHICULO *

Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

LICENCIA DEL CONDUCTOR *

Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

POLIZA DE SEGURO *
Debe ser de remis, o transporte de servicio especial o de pasajeros.

Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

- 18 De igual forma se deberá adjuntar el resto de la documentación requerida, en este caso de ejemplo, **Documentación Médica del Beneficiario** y **Documentación de la Prestación**.

Documentación Médica del Beneficiario

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

PRESCRIPCION MÉDICA *
La fecha de prescripción debe ser anterior al período solicitado.

Examinar...
No se seleccionó un archivo.
Adjuntar

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

CONFORMIDAD DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS, FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR *
Formulario de la página 22 del Instructivo de Discapacidad.

Examinar...
No se seleccionó un archivo.
Adjuntar

PRESUPUESTO FIRMADO POR PRESTADOR Y BENEFICIARIO/FAMILIA O TUTOR *
Debe constar: prestación, diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de kms recorridos por viaje, por semana y por mes (ida y vuelta).

Examinar...
No se seleccionó un archivo.
Adjuntar

MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO *
Solo el mapa, donde se pueda visualizar: Partida/Destino y cantidad de kilómetros del recorrido.

Examinar...
No se seleccionó un archivo.
Adjuntar

- 19 Luego de adjuntar toda la documentación indicada, se deberá completar el apartado **Información Adicional**. Se podrá detallar opcionalmente una observación con aclaraciones que se consideren relevantes en el apartado Observaciones. Por último, presionar el botón “Guardar”.

Información Adicional

Pudiendo utilizar el transporte público de manera gratuita, indique los motivos por los que es necesario viajar en transporte especial.*

☒ Utiliza silla de ruedas
☐ Presenta conductas disruptivas en transporte público
☐ Presenta hipersensibilidad sensorial
☐ Presenta dificultad motora y utiliza ortesis para el desplazamiento
☐ Presenta problemas de comportamiento


Con el fin de evitar tiempos prolongados de traslados que puedan impactar negativamente en el tratamiento del paciente, solicitamos considerar alternativas de prestadores más cercanos al domicilio. Indique los motivos por los que no concurre a prestadores a los que pueda acceder por sus propios medios.*

☐ Sería perjudicial cambiar a los profesionales, ya que el beneficiario/a logró un buen vínculo terapéutico
☐ Los logros obtenidos se verían afectados
☐ En el lugar de residencia no hay instituciones debidamente categorizadas
☐ En lugares más cercanos, no hay cupos disponibles
☒ No hay otro lugar mas próximo que trabajen con el cuadro clínico que presenta el/la beneficiario/a

OBSERVACIONES (OPCIONAL)

Ingrese una observación si lo requiere

Cerrar




Guardar

- 20 En la sección **Prestaciones** se podrá observar la prestación recién agregada. Para ver el detalle de la misma puede presionar el botón “Cargar Detalle”.

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Qué desea realizar?	Acción Requerida
TRANSPORTE ESCUELA	<div>Agregar Prestación</div>	<div>Documentación Completa.</div> <div>  <div>Cargar Detalle</div> </div>

Agregar Nueva Prestación

Cerrar

Guardar Borrador

Enviar a OSPACA

- 21 Se visualizará el detalle de la documentación como así también la de los archivos adjuntos. Puede **reemplazar** un archivo adjunto, presionando el botón “Cambiar” y luego adjuntar el archivo deseado.

Documentación Médica del Beneficiario

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

PRESCRIPCION MÉDICA * <i>La fecha de prescripción debe ser anterior al período solicitado.</i>	Archivo_1.pdf Cambiar	BORRADOR
--	---------------------------------	-----------------

- 22 Asimismo, podrá **Descartar la Solicitud** recién agregada, si se hubiera cometido algún error, presionando el botón “Descartar Solicitud”.

Documentación Médica del Beneficiario

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

PRESCRIPCION MÉDICA * <i>La fecha de prescripción debe ser anterior al período solicitado.</i>	Archivo_1.pdf Cambiar	BORRADOR
--	---------------------------------	-----------------

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

CONFORMIDAD DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS, FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/ FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR *	Archivo_2.pdf Cambiar	BORRADOR
PRESUPUESTO FIRMADO POR PRESTADOR Y BENEFICIARIO/FAMILIA O TUTOR * <i>Debe constar: prestación, diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de kms recorridos por viaje, por semana y por mes (ida y vuelta).</i>	Archivo_3.pdf Cambiar	BORRADOR
MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO * <i>Solo el mapa, donde se pueda visualizar: Partida/Destino y cantidad de kilómetros del recorrido.</i>	Archivo_4.pdf Cambiar	BORRADOR

OBSERVACIONES (OPCIONAL)

Ingrese una observación si lo requiere

Cerrar **Guardar** **Descartar Solicitud**

- 23 Presionando el botón “Confirmar Descartar” la solicitud quedará descartada.

Confirmación

Está seguro que desea descartar?

Cancelar

Confirmar Descartar

- 24 Una vez cargada **toda la documentación requerida y las prestaciones solicitadas**, presionar el botón “**Enviar a OSPACA**”. Hasta tanto no realice este paso, OSPACA no podrá comenzar a auditar la documentación.

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Qué desea realizar?	Acción Requerida
PSICOLOGIA	NO Renovar	No requiere cargar documentación.
PSICOLOGIA (ESCUELA COMUN)	NO Renovar	No requiere cargar documentación.
TRANSPORTE ESCUELA	Agregar Prestación	Documentación Completa. Cargar Detalle

Agregar Nueva Prestación

Cerrar

Guardar Borrador

Enviar a OSPACA

- 25 El sistema mostrará un mensaje de confirmación y el expediente quedará a disposición de OSPACA para ser evaluado.

Le informamos que su trámite **CARGA EXPEDIENTE DISCAPACIDAD** ha sido recepcionado y el mismo será evaluado por el área de Auditoría Médica. No podrá realizar modificaciones al mismo mientras la evaluación este pendiente. Dicha evaluación implicará un plazo de 30 DÍAS HÁBILES, teniendo como fecha tope el 12/12/2024.

IMPORTANTE: Durante el periodo de evaluación, en el expediente podrán surgir observaciones sobre aspectos faltantes, a corregir o modificar. Estas observaciones serán comunicadas VIA MAIL, por lo tanto le solicitamos prestar especial atención a los correos electrónicos tanto en su bandeja de entrada, como en su correo no deseado o Spam. Si tuviera alguna duda, realice su consulta a través de este Portal de Beneficiarios.

ACEPTAR


MODIFICAR / COMPLETAR / CORREGIR EXPEDIENTE

- 1 Concluida la creación del Expediente de Discapacidad, es posible realizar **cambios en prestaciones, completar documentación y corregir rechazos** sobre el mismo.
- 2 Para acceder a estas opciones, presionar el módulo **Modificar / Completar / Corregir Expediente**.



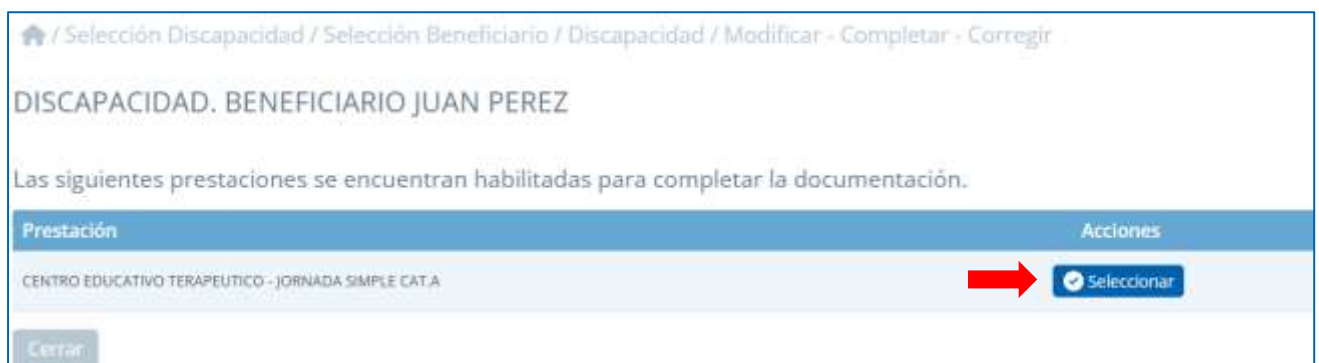
- 3 El sistema mostrará la siguiente pantalla donde se observarán diferentes acciones que se podrán llevar a cabo sobre el expediente de Discapacidad, como ser:
- COMPLETAR DOCUMENTACIÓN.
 - CORREGIR RECHAZOS.
 - AGREGAR PRESTACIÓN.
 - DAR DE BAJA PRESTACIÓN.
 - MODIFICAR PRESTACIÓN.

COMPLETAR DOCUMENTACIÓN

- 1 Si es necesario completar documentación adeudada o vencida, el sistema advertirá mediante el símbolo  en el módulo correspondiente. Para acceder, seleccionar el módulo **Completar Documentación**.



- 2 En la siguiente pantalla, el sistema indicará que prestaciones se encuentran disponibles para completar la documentación. Para seleccionar una prestación para completar documentación, presionar el botón "Seleccionar".



- 4 Se deberá adjuntar toda la documentación requerida por el sistema y luego presionar el botón "Enviar".

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad / Modificar - Completar - Corregir

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Detalle de la prestación

GRUPO PRESTACIÓN *

Centro Educativo Terapéutico

PRESTACIÓN *

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA SIMPLE CAT.A

DEPENDENCIA *

NO

Proveedor que brindará la prestación

CAMBIA EL PROVEEDOR *

NO

CUIT DEL PROVEEDOR *

11111111111

RAZÓN SOCIAL (COMO FIGURA EN LA AFIP) *

PROVEEDOR SRL

Disponibilidad de la documentación de la prestación

TIENE DISPONIBLE LA DOCUMENTACIÓN *

SI

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN * 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.	Examinar...	No se seleccionó un archivo.	Adjuntar
PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL * Debe constar: Período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.	Examinar...	No se seleccionó un archivo.	Adjuntar
PRESUPUESTO *	Examinar...	No se seleccionó un archivo.	Adjuntar

DETALLE DE LA SOLICITUD

Ingrese el detalle de la modificación que está realizando.


➡ Enviar

- 5 El sistema mostrará un mensaje de confirmación y la solicitud quedará a disposición de OSPACA para ser evaluada. Se podrá dar seguimiento a la solicitud desde **MIS GESTIONES**.

Se registró la solicitud de la prestación CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA SIMPLE CAT.A. Por favor aguarde a que sea verificada. No podrá realizar modificaciones mientras la verificación este pendiente. Dicha verificación implicará un plazo de 15 DIAS HABILES, teniendo como fecha tope el 22/11/2024. Puede realizar el seguimiento desde el Módulo [Mis Gestiones](#)

Aceptar

CORREGIR RECHAZOS

- 1 Si se requiere corregir rechazos de documentación y/o prestaciones, el sistema advertirá mediante el símbolo  en el módulo correspondiente. Para acceder, seleccionar el módulo **Corregir Rechazos**.



- 2 En la siguiente pantalla, el sistema indicará que documentación personal y/o médica se encuentra disponible para corregir. Para seleccionar una documentación a corregir, presionar el botón "Seleccionar".



- 3 A modo de **ejemplo**, se muestra una actualización de CUD con estado **Rechazado** y el motivo del rechazo. Para cambiar el archivo adjunto, presionar el botón "Cambiar".

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad / Modificar - Completar - Corregir

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Documentación Personal del Beneficiario

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

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) * CUD.pdf RECHAZADO

Cambiar

Motivo de Rechazo: CUD cortado
Comentario de Rechazo: Adjuntar nuevamente archivo
Fecha: 31/10/2024

Cerrar Enviar

- 4 Posteriormente, presionar el botón “Seleccionar archivo”, elegir el archivo desde su PC y luego presionar “Adjuntar”. Finalmente, presionar el botón “Enviar”.

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad / Modificar - Completar - Corregir

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Documentación Personal del Beneficiario

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

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) * Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado Adjuntar

Cerrar Enviar

- 5 El sistema mostrará un mensaje de confirmación y la corrección quedará a disposición de OSPACA para ser evaluada. Se podrá dar seguimiento a la solicitud desde **MIS GESTIONES**.

Se registró la solicitud. Por favor aguarde a que sea verificada. No podrá realizar modificaciones mientras la verificación este pendiente. Dicha verificación implicará un plazo de 15 DIAS HABILES, teniendo como fecha tope el 22/11/2024. Puede realizar el seguimiento desde el Módulo [Mis Gestiones](#)

ACEPTAR

- 6 Otro **ejemplo** podría ser un rechazo a una **Prestación** y que se deba corregir. En la siguiente pantalla se visualiza un rechazo a una Prestación de **Psicología**.
- 7 Para seleccionar la prestación a corregir, presionar el botón "Seleccionar".

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad / Modificar - Completar - Corregir

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Prestación	Acciones
PSICOLOGIA	 <input checked="" type="button" value="Seleccionar"/>

- 8 En la siguiente pantalla se podrá observar el **Detalle de la Prestación** y el **Proveedor que brindará la Prestación**.

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad / Modificar - Completar - Corregir

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Detalle de la prestación

GRUPO PRESTACIÓN * Sesiones de Profesionales (Ej: Psicología, Fonoaudiología, etc)	PRESTACIÓN * PSICOLOGIA
CAMBIA LA CANTIDAD DE SESIONES? * NO	# CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES * 5

Proveedor que brindará la prestación

CAMBIA EL PROVEEDOR? * NO	CUIT DEL PROVEEDOR * 11111111111
RAZÓN SOCIAL (COMO FIGURA EN LA AFIP) * OSVALDO SANCHEZ	MAIL DEL PROVEEDOR * osanchez@dominio.com

- 9 En la sección **Documentación de la Prestación**, se podrá observar la **Conformidad Actualizada por las prestaciones Prestadas** con estado **Rechazado**. Se podrá visualizar además el Motivo de Rechazo de cada ítem.

Documentación Personal del Beneficiario

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

CONFORMIDAD ACTUALIZADA POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. *

Todos los campos detallados deben estar completos.

Archivo_1.pdf

Cambiar

RECHAZADO

Motivo de Rechazo: Al pie del Anexo II colocar la firma, aclaración y DNI del adulto responsable
Comentario de Rechazo: Debe corregir
Fecha: 31/10/2024

DETALLE DE LA SOLICITUD

Ingrese el detalle de la corrección que está realizando

Enviar **Descartar Solicitud**

- 10 Para modificar un archivo adjunto rechazado, se deberá presionar el botón "Cambiar". Luego presionar el botón "Seleccionar archivo", elegir el archivo deseado desde la PC y presionar "Adjuntar".

Documentación Personal del Beneficiario

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

CONFORMIDAD ACTUALIZADA POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. *

Todos los campos detallados deben estar completos.

Seleccionar archivo

Ningún archivo seleccionado

Adjuntar

DETALLE DE LA SOLICITUD

Ingrese el detalle de la corrección que está realizando

Enviar **Descartar Solicitud**

- 11 Repetir el procedimiento por cada documento rechazado que se deba reemplazar. Completar el Detalle de la Solicitud Finalmente, presionar el botón “Enviar”.

Documentación Personal del Beneficiario

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

CONFORMIDAD ACTUALIZADA POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. *
Todos los campos detallados deben estar completos.

Archivo_1.pdf
Cambiar

DETALLE DE LA SOLICITUD

Este es el detalle de la solicitud a completar por el Beneficiario.

➔

Enviar

Descartar Solicitud

- 12 El sistema mostrará un mensaje de confirmación y la corrección quedará a disposición de OSPACA para ser evaluada. Se podrá dar seguimiento a la solicitud desde **MIS GESTIONES**.

Se registró la solicitud de la prestación PSICOLOGIA. Por favor aguarde a que sea verificada. No podrá realizar modificaciones mientras la verificación este pendiente. Dicha verificación implicará un plazo de 15 DIAS HABILES, teniendo como fecha tope el 22/11/2024.
Puede realizar el seguimiento desde el Módulo [Mis Gestiones](#)

Aceptar

AGREGAR PRESTACIÓN

- 1 Si es necesario agregar una prestación, se deberá seleccionar el módulo **Agregar Prestación**.



- 2 El sistema mostrará la siguiente pantalla, donde se deberá seleccionar **Grupo de Prestación, Prestación** y completar el **CUIT del Proveedor**.

🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad / Modificar - Completar - Corregir

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Detalle de la prestación

📁 GRUPO PRESTACIÓN * [Seleccione]

📁 PRESTACIÓN *

Proveedor que brindará la prestación

📁 CUIT DEL PROVEEDOR * Ingrese CUIT del Proveedor

📁 RAZÓN SOCIAL (COMO FIGURA EN LA AFIP) * Ingrese Razón Social (como figura en AFIP)

OBSERVACIONES (OPCIONAL)

Ingrese una observación si lo requiere

Enviar

- De acuerdo a lo seleccionado, el sistema desplegará que documentación es requerida adjuntar, marcada con el símbolo “*”, para completar el trámite.
- A modo de **ejemplo**, se muestra a continuación una carga de prestación de **Fonoaudiología**.

Detalle de la prestación

📁 GRUPO PRESTACIÓN * Sesiones de Profesionales (Ej: Psicología, Fonoaudiología, etc)

📁 PRESTACIÓN * FONOAUDIOLOGIA

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES * 10

- Si el CUIT del proveedor se encuentra dado de alta en OSPACA el sistema traerá los datos registrados. Caso contrario se deberá completar la **Razón Social** y un **Mail del Proveedor**, como así también adjuntar la **Documentación Personal del Proveedor**.
- Para adjuntar un **archivo**, presionar el botón “Seleccionar archivo”, elegir el archivo desde la PC y luego presionar “Adjuntar”.

Proveedor que brindará la prestación

11111111111
 OSVALDO SANCHEZ

osanchez@dominio.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 (RNP) *
 Del Profesional

Ningún archivo seleccionado

- 7 De igual forma se deberá adjuntar el resto de la documentación requerida, en este caso de ejemplo, **Documentación Personal del Beneficiario**, **Documentación Médica del Beneficiario** y **Documentación de la Prestación**.

Documentación Personal del Beneficiario

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

CONFORMIDAD ACTUALIZADA POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. *
 Todos los campos detallados deben estar completos.

Ningún archivo seleccionado

Documentación Médica del Beneficiario

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

PRESCRIPCIÓN MÉDICA *
 La fecha de prescripción debe ser anterior al período solicitado.

Ningún archivo seleccionado

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

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.

Ningún archivo seleccionado

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL *
 Debe constar: Período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.

Ningún archivo seleccionado

PRESUPUESTO *
 Ningún archivo seleccionado

- 8 Luego de adjuntar toda la documentación solicitada, presionar el botón “Enviar” para terminar de agregar la **Prestación**.

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

INFORME DE EVALUACION 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.

Archivo_1.pdf

Cambiar

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL *

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

Archivo_2.pdf

Cambiar

PRESUPUESTO *

Archivo_3.pdf

Cambiar

OBSERVACIONES (OPCIONAL)

Ingrese una observación si lo requiere

Enviar

- 9 El sistema mostrará un mensaje de confirmación y la solicitud quedará a disposición de OSPACA para ser evaluada. Se podrá dar seguimiento a la solicitud desde **MIS GESTIONES**.

Se registró la solicitud de la prestación FONOAUDIOLOGIA. Por favor aguarde a que sea verificada. No podrá realizar modificaciones mientras la verificación este pendiente. Dicha verificación implicará un plazo de 15 DIAS HABILES, teniendo como fecha tope el 21/11/2024. Puede realizar el seguimiento desde el Módulo [Mis Gestiones](#)

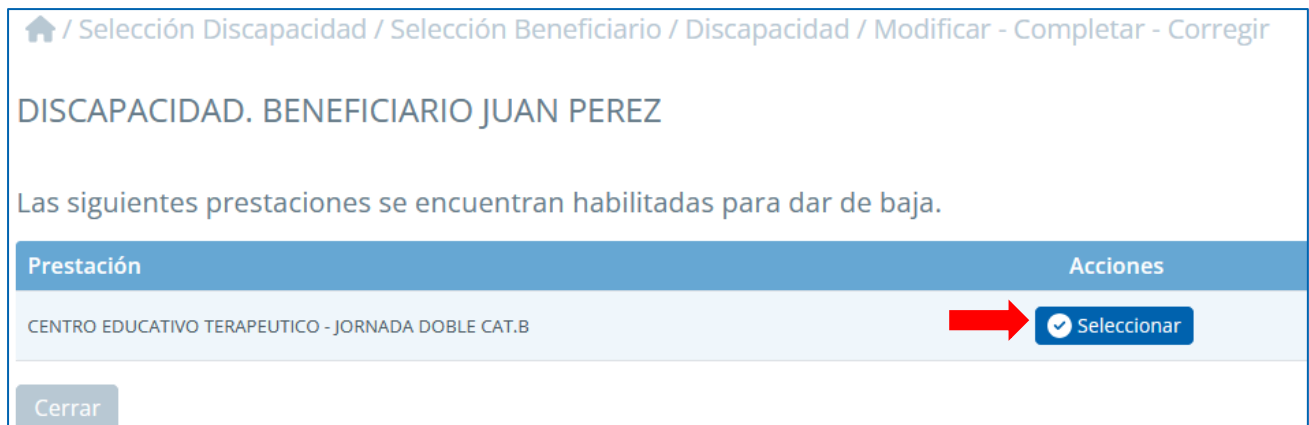
Aceptar

DAR DE BAJA PRESTACIÓN

- 1 Si es necesario suspender una prestación, el sistema permite hacerlo seleccionando el módulo **Dar de baja Prestación**.



- 2 En la siguiente pantalla, se deberá identificar la prestación a suspender y presionar el botón "Seleccionar" en la misma.




- 3 El sistema mostrará el detalle de la prestación y del proveedor que brinda la prestación. Se deberá seleccionar el **Período** desde cuando se suspende la prestación y adjuntar la documentación correspondiente. Luego presionar el botón "Enviar".


🏠 / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad / Modificar - Completar - Corregir

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Detalle de la prestación

 GRUPO PRESTACIÓN *

Centro Educativo Terapéutico

 PRESTACIÓN *

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.B


DEPENDENCIA *

NO


PERÍODO DESDE EL CUAL SOLICITA ESTA SUSPENSIÓN *

[Seleccione]

Proveedor que brindará la prestación

 CUIT DEL PROVEEDOR *

11111111111

 RAZÓN SOCIAL (COMO FIGURA EN LA AFIP) *

COMUNIDAD TERAPEUTICA

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

NOTA DE SUSPENSION *


Examinar...

No se ha seleccionado ningún archivo.

Adjuntar

OBSERVACIONES (OPCIONAL)

Ingrese una observación si lo requiere

 **Enviar**

- 4 El sistema mostrará un mensaje de confirmación y la solicitud quedará a disposición de OSPACA para ser evaluada. Se podrá dar seguimiento a la solicitud desde **MIS GESTIONES**.

Se registró la solicitud de la prestación CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.B. Por favor aguarde a que sea verificada. No podrá realizar modificaciones mientras la verificación este pendiente. Dicha verificación implicará un plazo de 15 DIAS HABILES, teniendo como fecha tope el 21/11/2024. Puede realizar el seguimiento desde el Módulo [Mis Gestiones](#)

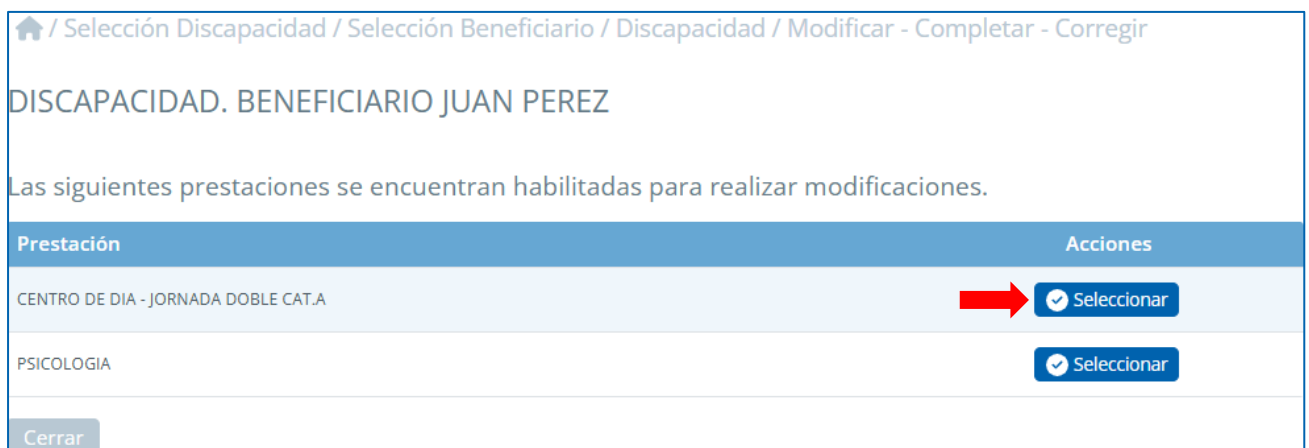
Aceptar

MODIFICAR PRESTACIÓN

- 1 Para modificar una prestación ya sea porque se requiere cambiar el proveedor, la cantidad de sesiones, la cantidad de kms., la dependencia, la jornada o el período inicial de la prestación, seleccionar el módulo **Modificar Prestación**.



- 2 En la siguiente pantalla, se deberá identificar la prestación a modificar y presionar el botón "Seleccionar" en la misma.



- 3 El sistema mostrará el detalle de la prestación y del proveedor que brinda la prestación. Se deberá seleccionar el **Período** desde cuando se modifica la prestación, que se modifica y adjuntar la **documentación requerida**. Luego presionar "Enviar".

Detalle de la prestación

GRUPO PRESTACIÓN *	PRESTACIÓN *
Centro de Día	CENTRO DE DIA - JORNADA DOBLE CAT.A
CAMBIA DEPENDENCIA? *	DEPENDENCIA *
NO	NO
CAMBIA EL TIPO DE JORNADA? *	TIPO DE JORNADA *
SI	DOBLE
CAMBIA EL PERÍODO INICIAL? *	PERÍODO INICIAL DE LA PRESTACIÓN *
NO	Enero 2024

El período inicial corresponde al comienzo de la prestación, sin importar que se hayan realizado cambios en la misma posteriormente (como proveedor, sesiones, kms, dependencia, etc)

PERÍODO DESDE EL CUAL SOLICITA ESTA MODIFICACIÓN *

Noviembre 2024

Proveedor que brindará la prestación

CAMBIA EL PROVEEDOR? *	CUIT DEL PROVEEDOR *
NO	11111111111
RAZÓN SOCIAL (COMO FIGURA EN LA AFIP) *	
PROVEEDOR SRL	

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN *
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.

Archivo_1.pdf
Cambiar

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL *
Debe constar: Período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.


Archivo_2.pdf
Cambiar

PRESUPUESTO *

Archivo_3.pdf
Cambiar

DETALLE DE LA SOLICITUD

Se modifica el Tipo de Jornada a partir de Noviembre 2024.

 **Enviar**

- 4 El sistema mostrará un mensaje de confirmación y la solicitud quedará a disposición de OSPACA para ser evaluada. Se podrá dar seguimiento a la solicitud desde **MIS GESTIONES**.

Se registró la solicitud de la prestación CENTRO DE DIA - JORNADA DOBLE CAT.A. Por favor aguarde a que sea verificada. No podrá realizar modificaciones mientras la verificación este pendiente. Dicha verificación implicará un plazo de 15 DIAS HABILES, teniendo como fecha tope el 22/11/2024. Puede realizar el seguimiento desde el Módulo [Mis Gestiones](#)

Aceptar

VER EXPEDIENTE AUTORIZADO

- Mediante esta opción es posible descargar e imprimir el **Expediente de Discapacidad** creado. Para descargar el expediente presionar el módulo **Ver Expediente Autorizado**.

- El sistema descargará el Expediente formato PDF el cual se podrá imprimir.

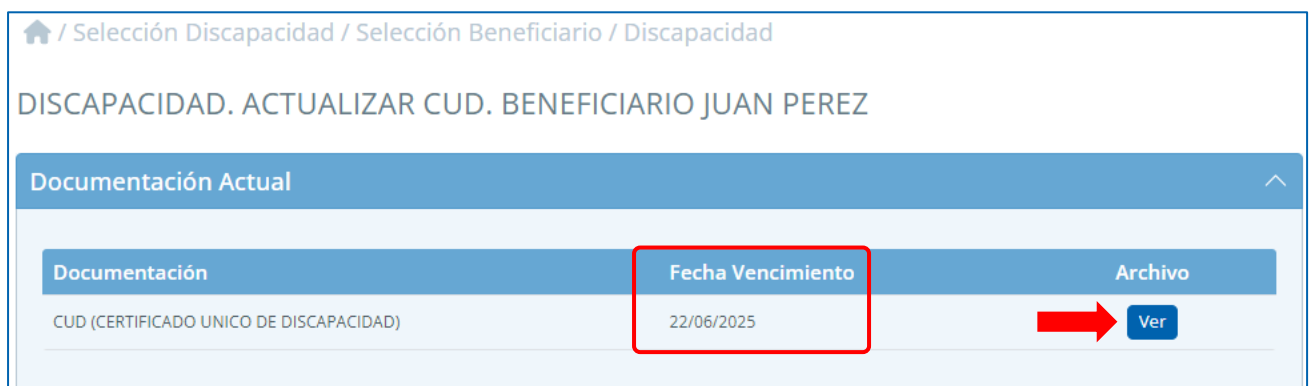
PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERIODO	DEPENDENCIA	MONTO MENSUAL
PSICOLOGIA	OSVALDO SANCHEZ	01/05/2025 - 31/05/2025	SI	\$ 63.235,43
PSICOLOGIA (ESCUELA COMUN)	TERESA GARCIA	01/06/2025 - 30/06/2025	SI	\$ 69.558,97

ACTUALIZAR CUD

- 1 Es posible que se requiera la actualización del **Certificado Único de Discapacidad - CUD**. Para actualizar la documentación referente al CUD presionar el módulo **Actualizar CUD**.



- 2 En la siguiente pantalla, el sistema mostrará dos secciones. En la primera se observa la **Documentación Actual**, indicando fecha de vencimiento de la misma y la posibilidad de visualizar el detalle presionando el botón "Ver".



- 3 En la segunda sección, se observa la posibilidad de adjuntar **Nueva Documentación**. Para adjuntar nueva documentación del Certificado Único de Discapacidad – CUD, presionar el botón “Seleccionar archivo”, elegir el archivo desde su PC y luego presionar “Adjuntar”.

Home / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad

DISCAPACIDAD. ACTUALIZAR CUD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Documentación Actual

Documentación	Fecha Vencimiento	Archivo
CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)	22/06/2025	Ver

Nueva Documentación

Adjunte el archivo, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivo JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) *

[Seleccionar archivo](#) Ningún archivo seleccionado [Adjuntar](#)

[Cerrar](#) [Enviar](#)

- 4 En caso de error en el archivo adjunto, es posible reemplazar el mismo mediante el botón "Cambiar". Para finalizar, presionar el botón “Enviar”.

Nueva Documentación

Adjunte el archivo, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivo JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) *

Archivo_1.pdf

[Cambiar](#)

[Cerrar](#) [Enviar](#)

- 5 El sistema mostrará un mensaje de confirmación.

Home / Selección Discapacidad / Selección Beneficiario / Discapacidad

DISCAPACIDAD. ACTUALIZAR CUD. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

La documentación se registró correctamente!

MIS GESTIONES

- 1 Para realizar un seguimiento de las gestiones registradas y conocer su estado presionar el módulo **Mis Gestiones**.



- 2 En la siguiente pantalla, el sistema mostrará dos secciones. En la primera, se observan las **Gestiones en Curso**, indicando el **Estado** de las mismas además del **Nro de Solicitud**, la **Descripción** y la **Fecha de Envío**. Para ver el detalle de una gestión en curso, presionar el botón "Ver".

DISCAPACIDAD. MIS GESTIONES. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Gestiones en curso

Nro Solicitud	Descripción	Fecha Envío	Estado	
22620	ACTUALIZAR CUD	30/10/2024	PENDIENTE DE VERIFICACION	<p>Por favor aguarde a que procesemos su solicitud. Tendrá novedades dentro de los 15 días hábiles. La verificación tiene como fecha tope el 21/11/2024</p> <p></p>

- 3 Se podrá observar el tipo de gestión realizada, descargar el archivo adjunto y visualizar en detalle el estado de la solicitud.

DISCAPACIDAD. MIS GESTIONES. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Documentación Personal del Beneficiario

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

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) * Archivo_1.pdf **PENDIENTE DE VERIFICACION**

Cerrar

- 4 En la segunda sección, el sistema mostrará las **Gestiones Procesadas**, indicando el **Estado** de las mismas además del **Nro de Solicitud**, la **Descripción** y la **Fecha de Envío**. Para ver el detalle de una gestión procesada, presionar el botón "Ver".

DISCAPACIDAD. MIS GESTIONES. BENEFICIARIO JUAN PEREZ

Gestiones en curso

Nro Solicitud	Descripción	Fecha Envío	Estado	
22619	SOLICITUD EXPEDIENTE 2025	01/11/2024	PENDIENTE DE VERIFICACION	Por favor aguarde a que procesemos su solicitud. Tendrá novedades dentro de los 30 días hábiles. La verificación tiene como fecha tope el 16/12/2024 Ver

Gestiones procesadas

Nro Solicitud	Descripción	Fecha Envío	Estado	
22619	SOLICITUD EXPEDIENTE 2024	04/12/2023	PROCESADA	Ver

Cerrar

- 5 Se podrá observar el tipo de gestión realizada, descargar los archivos adjuntos y visualizar el estado de la solicitud. También es posible ver el detalle de cada Prestación presionando el botón "Ver".

Atención: Los tiempos de auditoría médica son: **30 días hábiles** para expedientes nuevos y **15 días hábiles** para modificaciones.

DISCAPACIDAD

[/ Selección Discapacidad](#) / [Selección Beneficiario](#) / [Discapacidad](#)

CARGA DE EXPEDIENTE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO JUAN PEREZ

La solicitud se encuentra en estado **PROCESADA**
Puede realizar modificaciones o correcciones desde el Módulo 'Modificar / Completar / Corregir Expediente'.

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, JPEG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) *
[cud.pdf](#) **ACEPTADO**

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO *
Puede presentar el certificado del año 2024 que tendrá vigencia hasta el 30/04/2025; a partir de esa fecha deberá presentar el del año 2025.
[DOC_1.jpg](#) **ACEPTADO**

CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. *
Todos los campos detallados deben estar completos.
[DOC_2.pdf](#) **ACEPTADO**

Documentación Medica

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

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA *
Deberá confeccionarse de acuerdo al modelo de OSPACA que se encuentra en el instructivo.
[Historia.pdf](#) **ACEPTADO**

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Opción Seleccionada	Detalle
CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.B	<button>Renovar</button>	<button>Ver</button>

Cerrar

