

**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**

**2022**

Actualización Abril 2022



Una Decisión **Saludable.**

**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. 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](mailto: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 2022

(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).

#### 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 2022, la fecha del pedido médico debe ser de Enero de 2022 o Diciembre 2021)

---

#### 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

**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 si se trata de una nueva prestación). En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN:** PERÍODO DE ABORDAJE, 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 ya iniciados el año anterior)

**03. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL**

DONDE CONSTE PERÍODO, MODALIDAD DE PRESTACIÓN, OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ABORDAJE.

**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.**

**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.

02.

## PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

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 si se trata de una nueva prestación). En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN**, en el cuál conste: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

**03. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL** dónde conste período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.

**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.*

---

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"

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 si se trata de una nueva prestación). En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN**, en el cual consten: período de abordaje, 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).

**04. CATEGORIZACIÓN** del Centro.

**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

---

Importante: El médico deberá aclarar en el pedido médico que solicita Maestro de Apoyo.

---

**01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL** (sólo si se trata de una nueva prestación). En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN**, en el cuál consten: período de abordaje, 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).

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

**05. TITULO 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.

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

**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 dis-

capacidad /familiar responsable/tutor.

**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.

**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. 19)
- Toda la documentación del nuevo prestador, incluido el informe de evaluación inicial (excepto en caso de transporte).

ANEXO II - Conformidad Prestación Año 2022 (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 insti-

tuciones 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 (No incluye Acompañante Terapéutico, Acompañante Externo, etc.)

07. La INTEGRACIÓN ESCOLAR (con Equipo/Maestro de Apoyo) tiene 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 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 esco-

lar deberá arbitrar los medios necesarios para la inclusión integral del niño.

No se aceptarán propuestas parciales, solo 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 monotributo, 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

### 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.
- Conformidad por las prestaciones (Anexo II).

### DEL MÉDICO

Tildar lo que corresponda

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



# FORMULARIOS

## ANEXO II-2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO

Yo con documento tipo ( ) N° , 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

.....  
Firma 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.

.....  
Firma y aclaración

.....  
Documento



## 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

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

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

.....  
Aclaración y DNI Firmante

.....  
Lugar y Fecha de Conformidad

## PARA COMPLETAR POR EL PRESTADOR.

Razón Social

Domicilio  Localidad/Pcia

Mail  Teléfono

Compañía Seguro  N° Póliza

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 brindan por la dependencia:

.....  
Firma responsable  
del transporte

.....  
Aclaración



## 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



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 N° 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



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



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



Una Decisión **Saludable.**

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



Una Decisión **Saludable.**



MODALIDAD DE  
CARGA DE  
DOCUMENTACIÓN  
PARA  
EXPEDIENTES

## PROCEDIMIENTO

### 01.

#### PRESTADORES QUE ACTUALMENTE ATIENDEN BENEFICIARIOS DE OSPACA

La documentación se deberá subir por única vez y será utilizada para todos los beneficiarios (en caso de que se brinde la prestación a uno o a varios beneficiarios)

**Desde el lunes 15/11 y hasta el viernes 03/12** deberán ingresar al portal web (el que utilizan actualmente para carga de facturas, recibos, etc.) y cargar su documentación personal, conforme el siguiente detalle:

**01 INSTITUCIONES** (independientemente de la prestación que brinden):

*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.

**02 PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN POR SESIONES BRINDADAS POR PROFESIONALES INDEPENDIENTES** (psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc)

*Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores* de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).

En caso de encontrarse vencido, enviar en un único archivo el RNP y la constancia de inicio de trámite de renovación.

Prestadores que no poseen RNP y actualmente están brindando prestaciones a beneficiarios de OSPACA

- Título habilitante.
- Certificado analítico de materias.

#### MAESTRA DE APOYO

- Título habilitante.
- Certificado analítico de materias.

#### TRANSPORTISTAS

- Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el traslado.
- VTV del vehículo.
- Licencia del conductor.
- Póliza de seguro.

---

Importante: cada documentación solicitada deberá adjuntarse en un ÚNICO archivo PDF.

---

**OSPACA**  
Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0199-4

**CARGA DE DOCUMENTACION PERSONAL DEL PROVEEDOR** Salir

**Grupo de Prestación**

1. Seleccione el Grupo: Instituciones (Centro de día, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Rehabilitación, Escuela, Formación Laboral, Hogar Permanente)

**Documentación**

2. Adjunte los archivos según corresponda en formato PDF

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP)  Ningún archivo seleccionado

Creado Por: GetsApp / OSPACA

**OSPACA**  
Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0199-4

**CARGA DE DOCUMENTACION PERSONAL DEL PROVEEDOR** Salir

**Grupo de Prestación**

1. Seleccione el Grupo: Transporte

**Documentación**

2. Adjunte los archivos según corresponda en formato PDF

HABILITACION ACTUALIZADA DE LA EMPRESA QUE FACTURA Y DEL VEHICULO QUE REALIZA EL TRASLADO  Ningún archivo seleccionado

LICENCIA DEL CONDUCTOR  Ningún archivo seleccionado

POLIZA DE SEGURO  Ningún archivo seleccionado

VTV DEL VEHICULO  Ningún archivo seleccionado

Creado Por: GetsApp / OSPACA

## 02. BENEFICIARIOS QUE YA RECIBEN PRESTACIONES POR OSPACA

Una vez finalizada la carga de documentación inicial de los prestadores, **A PARTIR DEL LUNES 06 DE DICIEMBRE**, cada beneficiario debe ingresar a la web de OSPACA

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

y subir la siguiente documentación (únicamente en archivos PDF, JPG, JPEG y PNG):

### DEL BENEFICIARIO

- CUD (Certificado Único de Discapacidad).
- Constancia de Alumno Regular o Nota Aclaratoria del titular en caso de no estar escolarizado.
- Conformidad de las prestaciones firmadas por la persona con discapacidad / Familiar responsable / Tutor, conforme al Anexo II. (Se deben detallar la totalidad de las prestaciones que solicitan)

### DEL MÉDICO

- Resumen de Historia Clínica.

- Prescripciones Médicas (las mismas tienen que tener fecha anterior al período de prestación solicitado).
- Sólo en caso de solicitar **Transporte con Dependencia**: Formulario FIM completo y firmado por el médico.

Además deberá seleccionar los PROVEEDORES/PRESTACIONES que solicita para el 2022 (se les presentará la lista de las prestaciones y prestadores autorizados en el 2021)

**OSPACA**  
Obra Social del Personal del  
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO  
ENOS 1904

**CARGA DE DOCUMENTACIÓN PARA EXPEDIENTE DISCAPACIDAD 2022**

**Documentación Personal**

1. Seleccione la documentación personal que adjuntará

CUD

Constancia de Alumno Regular o Nota Aclaratoria del Titular en caso de no estar escolarizado

Conformidad por las Prestaciones firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.

2. Seleccione los archivos a adjuntar  
Formatos permitidos: PDF, JPEG, JPG o PNG.

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado Adjuntar

Aún no ha adjuntado ningún archivo

**Documentación Médica**

3. Seleccione la documentación médica que adjuntará

Resumen Historia Clínica

Prescripciones Médicas

Formulario FIM Completado y Firmado por el Médico (Solo en caso de solicitar Dependencia)

4. Seleccione los archivos a adjuntar  
Formatos permitidos: PDF, JPEG, JPG o PNG.

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado Adjuntar

Aún no ha adjuntado ningún archivo

**Proveedores / Prestaciones**

5. Seleccione los proveedores / prestaciones que solicita para 2022

Juan Perez - Transporte

Maria Lopez - Psicología

Centro Sol - Formación Laboral - Jornada Doble Cat. A

Cerrar Enviar

**OSPACA**  
Obra Social del Personal del  
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO  
ENOS 1904

**CARGA DE DOCUMENTACIÓN PARA EXPEDIENTE DISCAPACIDAD 2022**

**Documentación Personal**

1. Seleccione la documentación personal que adjuntará

CUD

Constancia de Alumno Regular o Nota Aclaratoria del Titular en caso de no estar escolarizado

Conformidad por las Prestaciones firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor.

2. Seleccione los archivos a adjuntar  
Formatos permitidos: PDF, JPEG, JPG o PNG.

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado Adjuntar

Archivos Incluidos Quitar

Archivo1.pdf X

Archivo2.jpg X

**Documentación Médica**

3. Seleccione la documentación médica que adjuntará

Resumen Historia Clínica

Prescripciones Médicas

Formulario FIM Completado y Firmado por el Médico (Solo en caso de solicitar Dependencia)

4. Seleccione los archivos a adjuntar  
Formatos permitidos: PDF, JPEG, JPG o PNG.

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado Adjuntar

Archivos Incluidos Quitar

Archivo1.pdf X

Archivo2.jpg X

**Proveedores / Prestaciones**

5. Seleccione los proveedores / prestaciones que solicita para 2022

Juan Perez - Transporte

Maria Lopez - Psicología

Centro Sol - Formación Laboral - Jornada Doble Cat. A

Cerrar Enviar

## 03.

## PRESTADOR CARGA LA DOCUMENTACIÓN ASOCIADA A CADA BENEFICIARIO

Ingresando nuevamente al portal web (con usuario y contraseña), en el botón “Carga

Documentación Beneficiario” se presentaran los beneficiarios que ya cargaron la documentación y solicitaron prestaciones con “ese” prestador.

Deberá seleccionar el beneficiario y cargar toda la documentación requerida en el presente instructivo (*verificar lo solicitado en las pag 5 a 9*).

**Importante:** cada documentación solicitada deberá adjuntarse en un ÚNICO archivo PDF.

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

CARGA DE DOCUMENTACION ASOCIADA A BENEFICIARIOS Salir

Beneficiario	Prestación	Acción Disponible
MARIELA GONZALEZ	PSICOLOGIA	<a href="#">Cargar Documentación</a>
SEBASTIAN HERNANDEZ	TRANSPORTE	<a href="#">Cargar Documentación</a>

[Cerrar](#)

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

CARGA DE DOCUMENTACION ASOCIADA A BENEFICIARIOS Salir

**Información**

1. Verifique la información

MARIELA GONZALEZ  
PSICOLOGIA

**Documentación**

2. Adjunte los archivos según corresponda en formato PDF

**INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN**  Ningún archivo seleccionado   
 Debe constar: Período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. Deberá ser presentado solo en los casos que continúan las mismas prestaciones que en el año anterior.

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

**PRESUPUESTO**  Ningún archivo seleccionado



## ACLARACIONES IMPORTANTES

### SI SOLICITA PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD POR PRIMERA VEZ

Solicitar una entrevista con el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad por mail a:

***eidiscapacidad@ospaca.com***

Luego de la misma enviar toda la documentación por mail a:

***discapacidad@ospaca.com***

SI SOLICITA PRESTACIONES QUE NO RECIBÍA EN EL 2021 (PRESTACIONES NUEVAS) O

PRESTACIONES CON PRESTADORES NUEVOS (MISMA PRESTACIÓN PERO OTRO PROVEEDOR)

Únicamente la documentación correspondiente a "esos" prestadores (*verificar lo solicitado en las pag 5 a 9*)

Deberá enviar únicamente por mail a:

***discapacidad@ospaca.com***




Actualización Abril 2022



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

 4106.4500 / 0800.999.6772

 T.M. de Anchorena 641.  
C1170ACK - CABA

 [informes@ospaca.com](mailto:informes@ospaca.com)