

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

2024



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

Si va a solicitar autorización de prestaciones por primera vez a esta Obra Social, previo a la presentación de documentación, deberá solicitar una entrevista con el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad, cuya función es hacer seguimientos y evaluaciones de los procesos terapéuticos y educativos autorizados, y brindar orientación relativa a los mismos. Podrá solicitarla ingresando al portal a través del siguiente link: <https://sistema.ospaca.com/Servicios/Portal-Beneficiario/Ingreso.aspx>

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2024

(Corroborar todo lo indicado con la Hoja de Verificación)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

DEL BENEFICIARIO

- Certificado de discapacidad vigente.
- Constancia de alumno regular o nota aclaratoria del titular en caso de no estar escolarizado.
- Conformidad por las prestaciones firmadas por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Anexo II). *Ver en formularios Pág.15.*

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. *Ver en modelos Pág.10.*

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 2024, la fecha del pedido médico debe ser de enero de 2024 o diciembre 2023) . Las prescripciones deben ser confeccionadas por el médico tratante del beneficiarios, NO es un requisito que el mismo forme parte de la cartilla (puede ser de un efector público o consulta particular). La especialidad corresponderá a la atención de la patología discapacitante, pudiendo ser: clínico, pediatra, neurólogo, entre otros.

DEL PRESTADOR

Las prestaciones pueden ser reagrupadas en:

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

01. INSTITUCIONES

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

Las instituciones deben encontrarse 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).

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

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

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

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2023 en el que se brindó la prestación. Ej: mar a dic 2023), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU

NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (*Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior*)

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

04. PRESUPUESTO

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

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

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

08. En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de hogar, 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.

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

02.

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

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

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

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

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

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

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

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2023 en el que se brindó la prestación. Ej: mar a dic 2023), **MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS** (*Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior*)

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

04. PRESUPUESTO

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

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

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

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

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

03. APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR "CON EQUIPO"

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

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

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

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

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

Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, 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 2023 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2023), modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

03. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor/Directivo de la escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo). *Ver modelo en sector formulario Pag. 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 AFIP). *Sólo para prestadores aún no registrados en OSPACA.*

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

04. MAESTRO DE APOYO

BRINDADO POR UN PROFESIONAL INDEPENDIENTE.

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

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

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

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

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cuál consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2023 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2023), 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 podrá ser presentada hasta el 30/04/2024)

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

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

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

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

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

05. TRANSPORTE

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

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

01. CONFORMIDAD DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS, firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor. Conforme al Anexo II (Pág. 15).

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. Conforme al formulario (Pág. 24).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REQUISITOS IMPRESCINDIBLES PARA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

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

Para cambio de prestador se requiere:

- Nota de solicitud de cambio de prestador. (Pág. 25)
- Toda la documentación del nuevo prestador, incluido el informe de evaluación inicial (excepto en caso de transporte).

ANEXO II - Conformidad Prestación Año 2024 (Pág. 15)

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.

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 UNA ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO.

Con la integración escolar se tiende a la inclusión del niño en el aula, razón por la cual el adulto de referencia debe ser su docente.

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 benef o dirigiéndose a la delegación más cercana 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.
- 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.

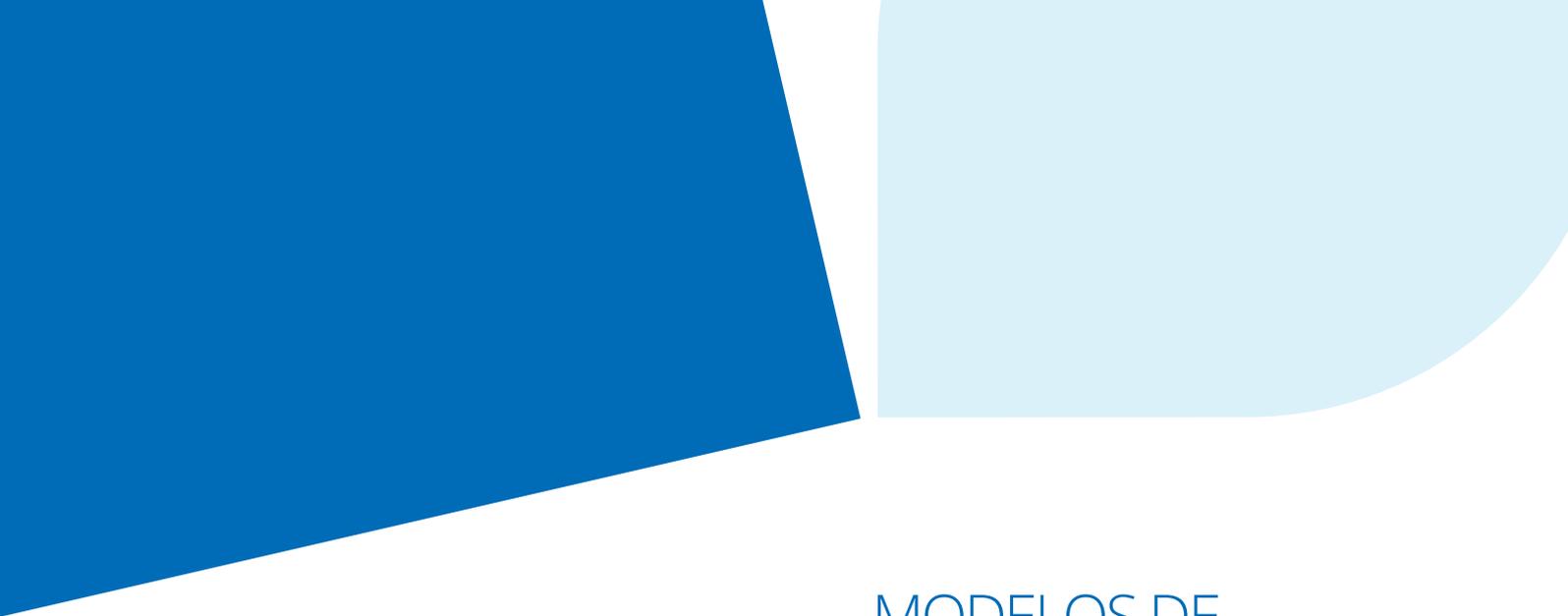
CON MAESTRA DE APOYO

- Título Habilitante.
- Certificado analítico de materias.

TRANSPORTE

Tildar lo que corresponda

- Conformidad del Diagrama de Traslados.
- 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.



MODELOS DE
PRESCRIPCIÓN
MÉDICA
2024

OSPACAObra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INTEGRACIÓN ESCOLAR**

FECHA / /

BENEFICIARIO / DNI / EDAD

Solicito modulo de apoyo a la integración escolar con equipo.

Desde / hasta / 2024.

Diagnóstico:

Firma y sello del profesional solicitante

www.ospaca.com**OSPACA**Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE**

FECHA / /

BENEFICIARIO / DNI / EDAD

Solicito transporte hacia / (prestación).

Desde / hasta / 2024.

Con dependencia SI NO (tachar lo que corresponda)

Justificación medica de porque no se puede trasladar en transporte público:

Diagnóstico

Firma y sello del profesional solicitante

www.ospaca.com

OSPACAObra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA REHABILITACIÓN**

FECHA / /

BENEFICIARIO / DNI / EDAD

Solicitud

Fonoaudiología	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.
Kinesiología	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.
Psicopedagogía	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.
Psicología	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.
Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.
Estimulación Visual	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.
Musicoterapia	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.
Psicomotricidad	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.
Otra	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.
Otra	<input type="checkbox"/> sesiones semanales.	<input type="checkbox"/> sesiones mensuales.

Desde / hasta / 2024.

Diagnóstico

Firma y sello del profesional solicitante

www.ospaca.com**OSPACA**Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA MAESTRA DE APOYO**

FECHA / /

BENEFICIARIO / DNI / EDAD

Solicito modulo maestra de apoyo.

Desde / hasta / 2024.

Diagnóstico:

Firma y sello del profesional solicitante

www.ospaca.com

OSPACAObra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INSTITUCIONES**

FECHA / /

BENEFICIARIO / 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 / 2024.

Diagnóstico

Firma y sello del profesional solicitante

www.ospaca.com**OSPACA**Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

FECHA / /

BENEFICIARIO / DNI / EDAD

Solicito modulo de estimulación temprana.

Desde / hasta / 2024.

Diagnóstico:

Firma y sello del profesional solicitante

www.ospaca.com



FORMULARIOS

ANEXO II-2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2024

RECUERDE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON CUD

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

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA

.....
 Fima y aclaración

.....
 Fecha

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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

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

.....
 Fima y aclaración

.....
 Documento

FORMULARIO RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

A completar por el Médico Especialista.

FECHA

Debe ser anterior al inicio del tratamiento.

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre

Documento: Tipo

N°

Edad

Sexo

Diagnóstico de la Patología Discapacitante

Evolución del Cuadro Clínico de Base

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

Antecedentes de Tratamientos Terapéuticos y/o Intervenciones Educativas

Objetivos de los tratamientos prescriptos

Prestaciones que recibe actualmente

Firma y sello del
 médico tratante



Una Decisión **Saludable.**

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

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	<input type="checkbox"/> Sí - No	Con los adultos responsables	<input type="checkbox"/> Sí - No
Presencial	<input type="checkbox"/> Sí - No	Virtual	<input type="checkbox"/> 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

(*) PUEDE SER DE PUÑO Y LETRA O DIGITAL/HOLOGRÁFICA

MODELO INFORME EVOLUTIVO

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

INFORME EVOLUTIVO ANUAL

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

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

Estrategias utilizadas.

Intervenciones realizadas con el núcleo de apoyo.

[Empty box for reporting interventions]

Objetivos alcanzados en el período.

[Empty box for reporting objectives]

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Sello legible

.....
Matrícula

FECHA

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

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

Períodos: [REDACTED]

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

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

La familia se compromete a:

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

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

Firma del padre/madre/tutor

Firma y sello Maestro/a, Equipo AIE

Aclaración

Aclaración

Aclaración

PRESUPUESTO TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN CUIT

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						

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

DÍAS	PRESTACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1							
2							
3							

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

VALOR DEL KM MONTO MENSUAL

DEL TRANSPORTISTA:

.....
Firma

.....
Aclaración

CONFORMIDAD DEL TRANSPORTE

FECHA NOMBRE Y APELLIDO

DNI

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

.....
Firma

.....
Aclaración

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR

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

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI

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 <input type="text"/>
Monto Mensual <input type="text"/>	
En caso de corresponder: Dependencia <input type="text"/> Sí - No <input type="text"/>	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"/>					
	A: <input type="text"/>					

Del Profesional:

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Sello Legible

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

OSPACA

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

INSTRUCTIVO PARA **PORTAL** DE
BENEFICIARIOS
DISCAPACIDAD
2024

ÚLT. ACT. ABRIL 2024



Una Decisión **Saludable.**

CONTENIDO

GENERACIÓN DE USUARIO Y CLAVE.....	29
INGRESO AL PORTAL	35
MÓDULO DISCAPACIDAD	37
SOLICITUD DE ENTREVISTA INICIAL CON EID.....	39
SOLICITUD DE EXPEDIENTE	41
MODIFICAR / COMPLETAR / CORREGIR EXPEDIENTE	50
COMPLETAR DOCUMENTACIÓN	51
CORREGIR RECHAZOS	53
AGREGAR PRESTACIÓN	58
DAR DE BAJA PRESTACIÓN.....	61
MODIFICAR PRESTACIÓN	63
IMPRESIÓN DE EXPEDIENTE	65
ACTUALIZAR CUD.....	66
MIS GESTIONES.....	68

GENERACIÓN DE USUARIO Y CLAVE

A través del **Sitio Web de OSPACA** se podrá ingresar al **Portal de Beneficiarios** desde el cual es posible realizar distintas acciones.

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

A continuación se muestran los pasos a seguir.

1 Ingresar al link:

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

2 Al acceder se visualizará la siguiente pantalla, donde se deberá presionar el botón "Crear Usuario".

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

INGRESO AL PORTAL DE BENEFICIARIOS

CUIL
Ingrese CUIL
Sin guiones ni espacios

Clave
Ingrese Clave

Ingresar

No recuerdo mi clave **Crear usuario**

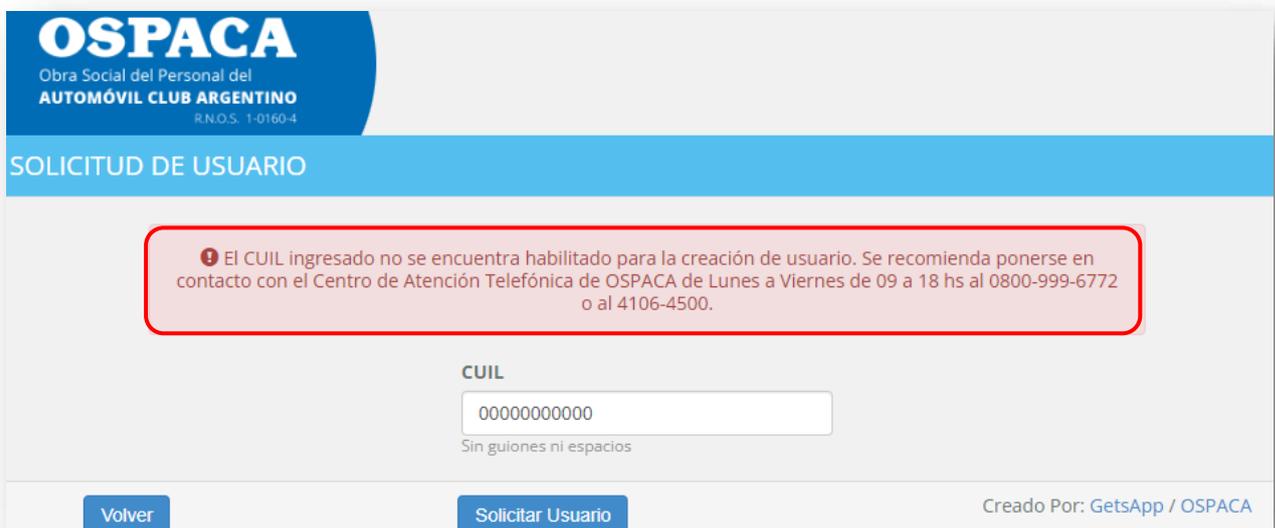
Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 3 Seguidamente, se deberá ingresar el CUIL y luego presionar el botón "Solicitar Usuario".



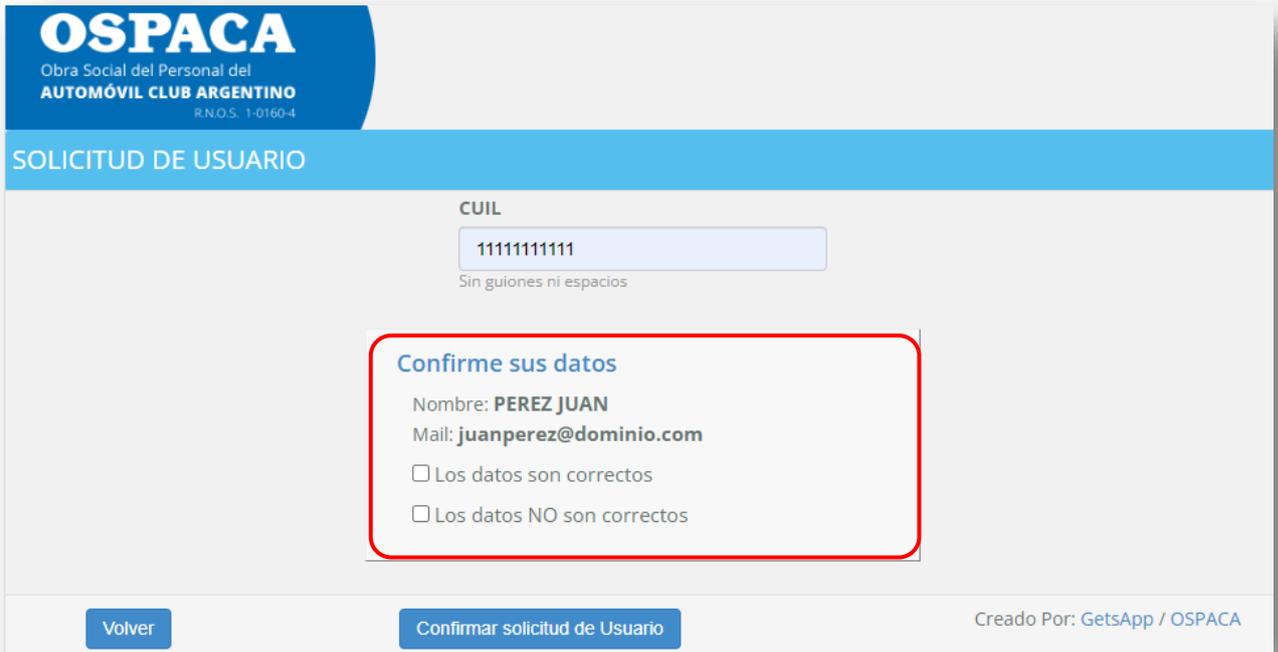
The screenshot shows the OSPACA logo at the top left, with the text "Obra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO" and "R.N.O.S. 1-0160-4". Below the logo is a blue header with the text "SOLICITUD DE USUARIO". In the center, there is a form with a label "CUIL" above a text input field containing the placeholder "Ingrese CUIL". Below the input field is the text "Sin guiones ni espacios". A red box highlights the input field. At the bottom left is a "Volver" button, and at the bottom center is a "Solicitar Usuario" button with a red arrow pointing to it. At the bottom right is the text "Creado Por: GetsApp / OSPACA".

- 4 Si el CUIL ingresado no se encuentra en los registros de OSPACA, el sistema mostrará el siguiente mensaje. Se recomienda ponerse en contacto con el **Centro de Atención Telefónica de OSPACA** de Lunes a Viernes de 09 a 18 hs. Al 0800.999.6672 o al 4106.4500.



The screenshot shows the same OSPACA logo and header as the previous screenshot. Below the header is a red-bordered box containing an error message: "⚠ El CUIL ingresado no se encuentra habilitado para la creación de usuario. Se recomienda ponerse en contacto con el Centro de Atención Telefónica de OSPACA de Lunes a Viernes de 09 a 18 hs al 0800-999-6772 o al 4106-4500." Below the error message is the "CUIL" label and a text input field containing the value "0000000000". Below the input field is the text "Sin guiones ni espacios". At the bottom left is a "Volver" button, and at the bottom center is a "Solicitar Usuario" button. At the bottom right is the text "Creado Por: GetsApp / OSPACA".

- 5 Si el CUIL ingresado es correcto y se encuentra en los registros de OSPACA, el sistema mostrará el **Nombre y Dirección de Mail** a la cual se enviará un correo en el momento de validar la identidad.



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

SOLICITUD DE USUARIO

CUIL
11111111111
Sin guiones ni espacios

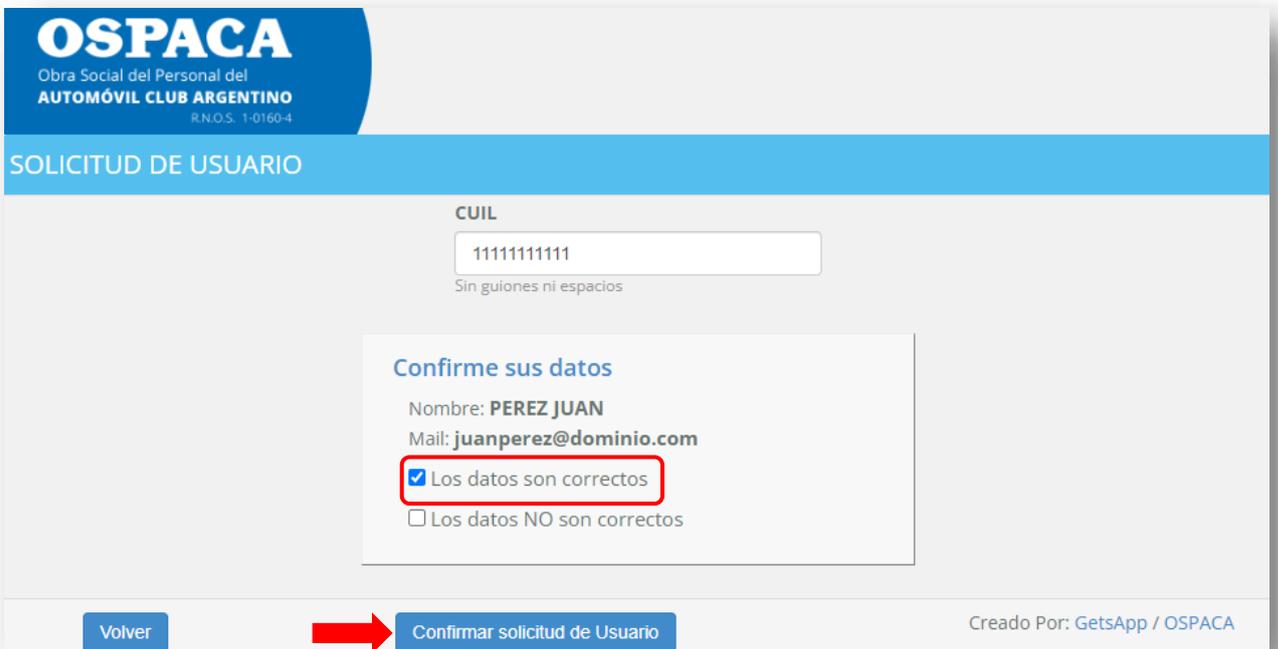
Confirme sus datos

Nombre: **PEREZ JUAN**
Mail: **juanperez@dominio.com**

Los datos son correctos
 Los datos NO son correctos

Volver Confirmar solicitud de Usuario Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 6 Será necesario que se indique si dichos datos son correctos o no. En caso de **ser correctos**, deberá tildar el casillero correspondiente y presionar el botón "Confirmar Solicitud de Usuario".



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

SOLICITUD DE USUARIO

CUIL
11111111111
Sin guiones ni espacios

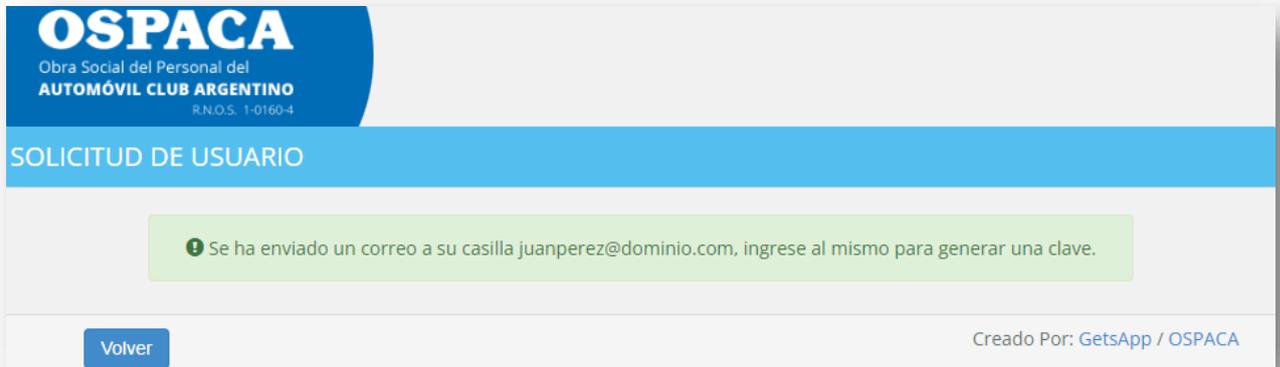
Confirme sus datos

Nombre: **PEREZ JUAN**
Mail: **juanperez@dominio.com**

Los datos son correctos
 Los datos NO son correctos

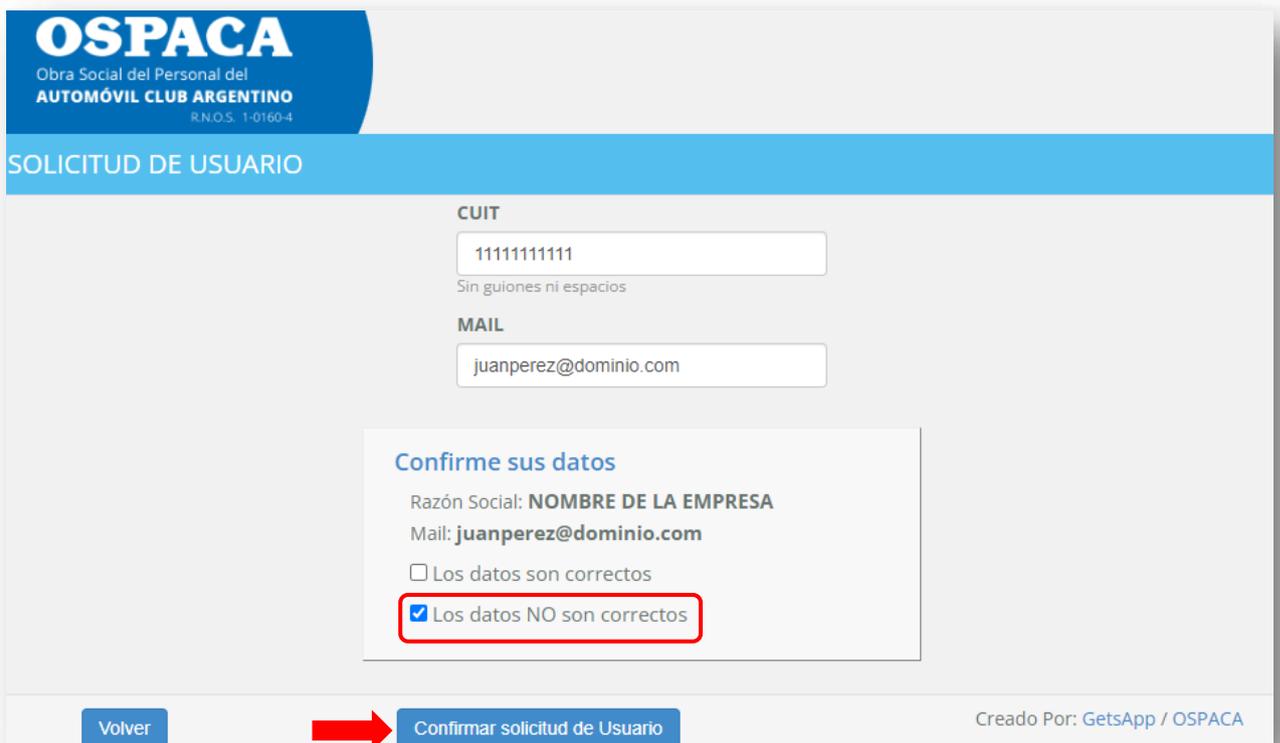
Volver  Confirmar solicitud de Usuario Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 7 El sistema mostrará un mensaje de confirmación y se enviará un correo electrónico de validación a ese mail.



The screenshot shows the OSPACA logo at the top left, with the text "Obra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO R.N.O.S. 1-0160-4". Below the logo is a blue header with the text "SOLICITUD DE USUARIO". A green message box in the center contains the text: "Se ha enviado un correo a su casilla juanperez@dominio.com, ingrese al mismo para generar una clave." At the bottom left is a blue button labeled "Volver". At the bottom right is the text "Creado Por: GetsApp / OSPACA".

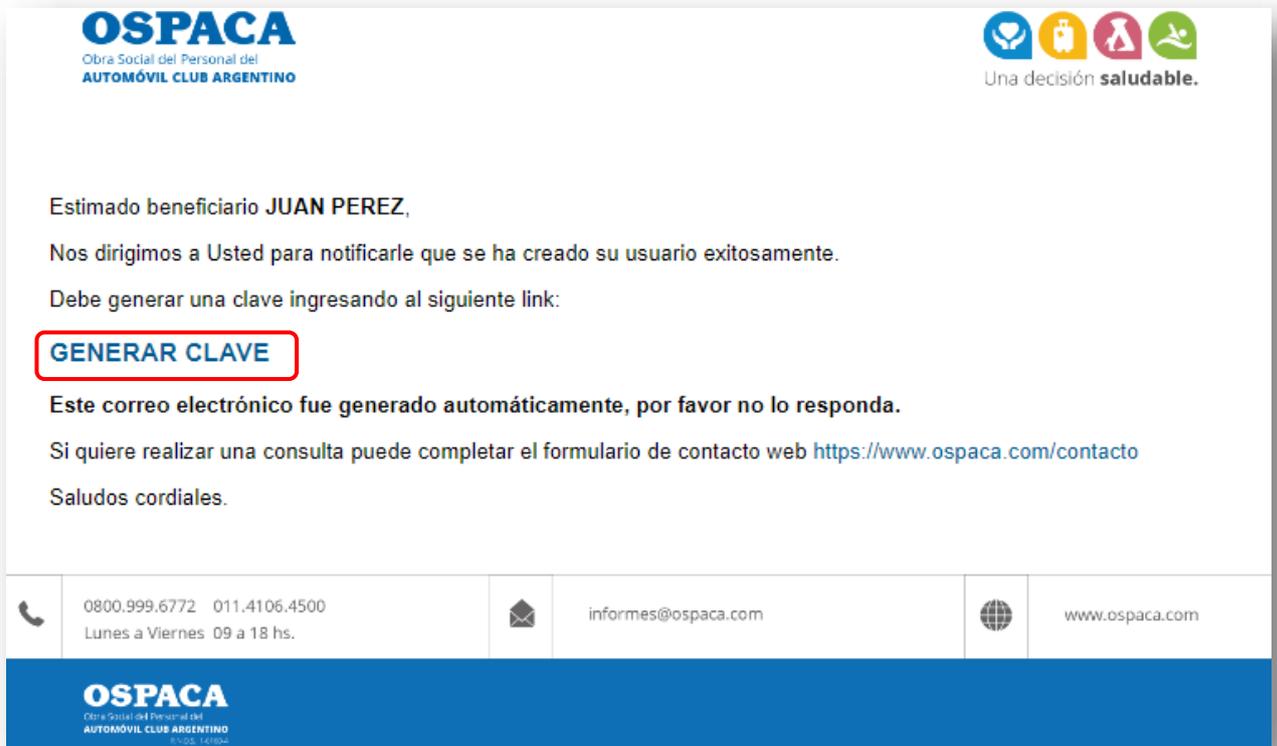
- 8 En caso de **no ser correctos**, deberá tildar ese casillero y presionar el botón "Confirmar Solicitud de Usuario".



The screenshot shows the OSPACA logo at the top left, with the text "Obra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO R.N.O.S. 1-0160-4". Below the logo is a blue header with the text "SOLICITUD DE USUARIO". The form contains two input fields: "CUIT" with the value "1111111111" and "MAIL" with the value "juanperez@dominio.com". Below the input fields is a confirmation dialog box titled "Confirme sus datos" with the following text: "Razón Social: NOMBRE DE LA EMPRESA", "Mail: juanperez@dominio.com", and two radio buttons: "Los datos son correctos" (unchecked) and "Los datos NO son correctos" (checked). A red arrow points to the "Confirmar solicitud de Usuario" button at the bottom right. At the bottom left is a blue button labeled "Volver". At the bottom right is the text "Creado Por: GetsApp / OSPACA".

- 9 En ese caso, se visualizará un mensaje solicitando que se contacte en forma telefónica con OSPACA para actualizar los datos.

- 10 En caso de haber indicado que los datos son correctos, se enviará un mail a la dirección de correo confirmada. Deberá ingresar a la casilla para visualizar el correo recibido y acceder al link “Generar Clave”.



- 11 Al acceder al link, se visualizará la siguiente pantalla, donde deberá ingresar la Clave elegida y confirmarla, presionando luego el botón "Generar Clave".

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

GENERAR CLAVE

CUIL: 11111111111
Nombre: PEREZ JUAN

Ingreso Clave
Ingreso Clave

Re-ingreso Clave
Ingreso Clave nuevamente

Ir al portal Generar Clave

Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 12 A continuación el sistema mostrará un mensaje confirmando que se generó su clave exitosamente. Podrá presionar el botón "Ir al portal" para acceder al mismo.

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

GENERAR CLAVE

Se ha generado la clave exitosamente

Ir al portal

Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 13 La generación de Usuario y Clave se deberá realizar únicamente la primera vez que se acceda al sistema. Luego, se ingresará con el CUIL y clave generada.

INGRESO AL PORTAL

1 Para ingresar al **Portal de Beneficiarios** se debe ingresar al siguiente link:

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

2 Al acceder se visualizará la siguiente pantalla donde se debe completar CUIL y clave de acceso. Luego, presionar el botón "Ingresar".



The screenshot shows the login interface for the OSPACA beneficiary portal. At the top left, the OSPACA logo is displayed with the text "Obra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO" and "R.N.O.S. 1-0160-4". Below the logo, the title "INGRESO AL PORTAL DE BENEFICIARIOS" is shown in a blue header. The main form area contains two input fields: "CUIL" with the value "11111111111" and a red box around it, and "Clave" with a masked password "....." and a red box around it. Below these fields is a blue "Ingresar" button with a red arrow pointing to it. Underneath the button are the links "No recuerdo mi clave" and "Crear usuario". At the bottom right, it says "Creado Por: GetsApp / OSPACA".

3 Una vez concedido el acceso, se podrán observar los módulos disponibles a través de los cuales se podrán realizar diferentes acciones como:

- Consultar datos personales de contacto y solicitar actualización.
- Efectuar diferentes tipos de consultas a través de un formulario web.
- Realizar la carga de trámites relacionados a su afiliación.
- Hacer el seguimiento de las consultas y trámites realizados.
- Solicitar la creación de expedientes y trámites relacionados con discapacidad.

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
S.M.S. 1-990-4

BIENVENIDO BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir

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 Se permite solicitar la creación de expedientes y trámites relacionados.	

En caso de tener algún inconveniente o necesitar más información puede comunicarse por las siguientes vías:

- ATENCIÓN TELEFÓNICA: 0800-999-6772 o 4106-4500 Lunes a Viernes de 09 a 18 hs
- ATENCIÓN POR MAIL: Informes@ospaca.com

Creado Por: [GetApps](#) / OSPACA

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**.

The screenshot shows the OSPACA user interface for a beneficiary named PEREZ JUAN. The interface includes a header with the OSPACA logo and the text 'Obra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO'. Below the header, there is a navigation bar with 'BIENVENIDO BENEFICIARIO PEREZ JUAN' and a 'Salir' button. The main content area contains five cards: 'Mis Datos', 'Carga de Consultas', 'Carga de Trámites', 'Consultas y Trámites realizados', and 'Discapacidad'. The 'Discapacidad' card is highlighted with a red border. Below the cards, there is contact information for the user.

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

BIENVENIDO BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir

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
Se permite solicitar la creación de expedientes y trámites relacionados.

En caso de tener algún inconveniente o necesitar más información puede comunicarse por las siguientes vías:
• ATENCIÓN TELEFÓNICA: 0800-999-6772 o 4106-4500 Lunes a Viernes de 09 a 18 hs
• ATENCIÓN POR MAIL: informes@ospaca.com

Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 2 El sistema mostrará la lista de beneficiarios del grupo familiar del titular. Para continuar con el trámite deberá presionar el botón "Seleccionar".

The screenshot shows the OSPACA user interface for the 'Discapacidad' module. The header includes the OSPACA logo and the text 'Obra Social del Personal del AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO'. Below the header, there is a navigation bar with 'DISCAPACIDAD. SELECCIONE EL BENEFICIARIO' and a 'Salir' button. The main content area contains a message and a table with two columns: 'CUIL' and 'Nombre'. The 'CUIL' column contains the value '11111111111' and the 'Nombre' column contains 'PEREZ JUAN'. To the right of the table, there is a 'Seleccionar' button with a red arrow pointing to it.

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

DISCAPACIDAD. SELECCIONE EL BENEFICIARIO Salir

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

CUIL	Nombre	Seleccionar
11111111111	PEREZ JUAN	Seleccionar

En caso de tener algún inconveniente o necesitar más información puede comunicarse por las siguientes vías:
• ATENCIÓN TELEFÓNICA: 0800-999-6772 o 4106-4500 Lunes a Viernes de 09 a 18 hs
• ATENCIÓN POR MAIL: informes@ospaca.com

- 3 En la siguiente pantalla se visualizarán diferentes acciones que se pueden realizar para ese beneficiario.

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
ANCLAS 1988-9

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir ↗

<p>Solicitud de Entrevista Inicial con EID</p> <p>Se permite registrar la solicitud de entrevista inicial con el Equipo Interdisciplinario (EID) para solicitar prestaciones por primera vez.</p>	<p>Solicitud de Expediente</p> <p>No realizó la entrevista inicial con el Equipo Interdisciplinario aún. Una vez realizada, se permitirá registrar la solicitud del expediente de discapacidad para el año 2023.</p>	<p>Modificar / Completar / Corregir Expediente</p> <p>No tiene expediente creado. Una vez creado, se permitirá realizar cambios en las prestaciones, completar documentación y corregir rechazos.</p>
<p>Impresión de Expediente</p> <p>No tiene expediente creado. Una vez creado, se permitirá descargar e imprimir el detalle.</p>	<p>Actualizar CUD</p> <p>Se permite realizar la actualización del CUD.</p>	<p>Mis Gestiones</p> <p>Se permite visualizar las gestiones registradas y conocer su estado.</p>

En caso de tener algún inconveniente o necesitar más información puede comunicarse por las siguientes vías:

- ATENCIÓN TELEFÓNICA: 0800-999-6772 o 4106-4500 Lunes a Viernes de 09 a 18 hs
- ATENCIÓN POR MAIL: informes@ospaca.com

⚠ 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.

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
ANCLAS 1988-9

BIENVENIDO BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir ↗

<p>Mis Datos</p> <p>Se permite visualizar sus datos personales de contacto, y confirmar o solicitar la actualización de los mismos.</p>	<p>Carga de Consultas</p> <p>Se permite realizar nuevas consultas.</p>	<p>Carga de Trámites</p> <p>Se permite realizar nuevos trámites relacionados a su afiliación.</p>
<p>Consultas y Trámites realizados</p> <p>Se permite visualizar sus consultas y trámites realizados, conocer su estado y su respuesta.</p>	<p>Discapacidad</p> <p>Se permite solicitar la creación de expedientes y trámites relacionados.</p>	

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".

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
ENOS - TIRRELL

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

Teléfono: 011 11111111
Celular: 011 15 11111111
Mail: juanperez@dominio.com

Aclaraciones (Por ejemplo, días y horarios disponibles para contacto):
Ingresé 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 Ninguno archivo selec Adjuntar

Cerrar Enviar Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 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) CUD.pdf Cambiar

Cerrar Enviar Creado Por: GetsApp / OSPACA

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

Teléfono: 011 11111111
Celular: 011 15 11111111
Mail: juanperez@dominio.com

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) CUD.pdf Cambiar

Cerrar Enviar Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 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.



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**.



- 2 Se visualizará la siguiente pantalla, en la que 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.

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

CARGA DE EXPEDIENTE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO PEREZ JUAN
Salir

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

Documentación Personal

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

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) * 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](#)

Puede presentar el certificado del año 2023 que tendrá vigencia hasta el 30/04/2024; a partir de esa fecha deberá presentar el del año 2024.

CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. * Examinar... No se seleccionó un archivo. [Adjuntar](#)

Todos los campos detallados deben estar completos.

Documentación Médica

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

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA* Examinar... No se seleccionó un archivo. [Adjuntar](#)

Deberá confeccionarse de acuerdo al modelo de OSPACA que se encuentra en el instructivo.

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Qué desea realizar?	Acción Requerida
FONOAUDIOLOGIA	[Seleccione] v	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	[Seleccione] v	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOLOGIA	[Seleccione] v	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOPEDAGOGIA	[Seleccione] v	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 2023

Cerrar

➔

Guardar Borrador

Enviar a OSPACA

Creado Por: [GetsApp](#) / [OSPACA](#)

- 3 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 Anexo II del “Instructivo Discapacidad” de OSPACA.

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

CARGA DE EXPEDIENTE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO **PEREZ JUAN** Salir ↗

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

Documentación Personal

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

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) *	<input type="text" value="Examinar..."/> No se seleccionó un archivo.	<input type="button" value="Adjuntar"/>
CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO *	<input type="text" value="Examinar..."/> No se seleccionó un archivo.	<input type="button" value="Adjuntar"/>
<i>Puede presentar el certificado del año 2023 que tendrá vigencia hasta el 30/04/2024; a partir de esa fecha deberá presentar el del año 2024.</i>		
CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. *	<input type="text" value="Examinar..."/> No se seleccionó un archivo.	<input type="button" value="Adjuntar"/>

Todos los campos detallados deben estar completos.

- 4 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.

- i** Link Instructivo Discapacidad:

<https://www.ospaca.com/informacion/discapacidad.php>

O abra el archivo haciendo clic aquí:



- 5 Posteriormente se deberá completar la sección de **Documentación Médica**.
- 6 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".

- 7 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.

Prestación	Qué desea realizar?	Acción Requerida
FONOAUDIOLOGIA	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
MODULO MAESTRO DE APOYO	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOLOGIA	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.
PSICOPEDAGOGIA	[Seleccione] ▼	Debe seleccionar si renueva o no la prestación.

- 8 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
FONOAUDIOLOGIA	Renovar	Debe completar la documentación. Cargar Detalle

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

Detalle de la prestación		
Grupo Prestación	Prestación	
Sesiones de Profesionales (Ej: Psicología, Fonoaudiología, etc)	FONOAUDIOLOGIA	
Cambia la cantidad de sesiones?	Cantidad de sesiones mensuales	
NO	8	
Proveedor que brindará la prestación		
Cambia el Proveedor?	CUIT Proveedor	Razón Social (como figura en AFIP)
NO	11111111111	OSVALDO SANCHEZ PROVEEDOR
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 o PNG		
PRESCRIPCIÓN MÉDICA*	Examinar... No se seleccionó un archivo.	Adjuntar
<i>La fecha de prescripción debe ser anterior al período solicitado.</i>		
Documentación de la Prestación		
Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF		
INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN*	Examinar... No se seleccionó un archivo.	Adjuntar
<i>Debe constar: Período de abordaje (debe contemplar todo el período del año anterior en el que se brindó la prestación, Ej: marzo a diciembre), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. Deberá ser presentado en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior.</i>		
PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL*	Examinar... No se seleccionó un archivo.	Adjuntar
<i>Debe constar: Período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.</i>		
PRESUPUESTO*	Examinar... No se seleccionó un archivo.	Adjuntar

- 10 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.

Agregar NUEVA Prestación

Cerrar Guardar Borrador Enviar a OSPACA

Creado Por: GetApps / OSPACA

- 11 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 Proveedor Ingrese CUIT del Proveedor

Razón Social (como figura en AFIP) Ingrese Razón Social (como figura en AFIP)

Observaciones (Opcional) Ingrese una observación si lo requiere

Cerrar Guardar

- 12 De acuerdo a lo seleccionado, el sistema desplegará que documentación es requerida adjuntar, marcada con el símbolo “*”, para completar el trámite.
- 13 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

- 14 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**.
- 15 Para adjuntar un **archivo**, presionar el botón “Examinar”, elegir el archivo desde la PC y luego presionar “Adjuntar”.

Proveedor que brindará la prestación

CUIT Proveedor: 1111111111

Razón Social (como figura en AFIP): OSVALDO SANCHEZ PROVEEDOR

Mail Proveedor: 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 ATENCION A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (RNP)
*Del Profesional

Examinar.. No se seleccionó un archivo. Adjuntar

- 16 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**.
- 17 Luego de adjuntar toda la documentación solicitada, presionar el botón “Guardar” para terminar de agregar 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 o PNG

PRESCRIPCIÓN MÉDICA* Examinar.. No se seleccionó un archivo. Adjuntar

La fecha de prescripción debe ser anterior al periodo solicitado.

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL* Examinar.. No se seleccionó un archivo. Adjuntar

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

PRESUPUESTO* Examinar.. No se seleccionó un archivo. Adjuntar

Observaciones (Opcional)

Ingrese una observación si lo requiere.

Cerrar Guardar

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

Prestación	Qué desea realizar?	Acción Requerida
FONDAUDIOLOGIA	Agregar Prestación	Documentación Completa. Cargar Detalle

- 19 Se visualizará el detalle de la documentación adjunta como así también podrá reemplazar los archivos adjuntos. Para **reemplazar** un archivo, presionar 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 o PNG

PRESCRIPCIÓN MÉDICA*	Archivo_2.pdf	BORRADOR
La fecha de prescripción debe ser anterior al período solicitado.	Cambiar	

- 20 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 o PNG

PRESCRIPCIÓN MÉDICA*	Archivo_2.pdf	BORRADOR
La fecha de prescripción debe ser anterior al período solicitado.	Cambiar	

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL*	Archivo_3.pdf	BORRADOR
Debe constar: Período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.	Cambiar	
PRESUPUESTO*	Archivo_4.pdf	BORRADOR
	Cambiar	

Observaciones (Opcional)

Ingrese una observación si lo requiere

Cerrar Guardar Descartar Solicitud

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

Confirmación

Está seguro que desea descartar?

22 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
FONDAUDIOLOGIA	Renovar	Documentación Completa. <input type="button" value="Cargar Detalle"/>
MODULO MAESTRO DE APOYO	NO Renovar	No requiere cargar documentación.
PSICOLOGIA	NO Renovar	No requiere cargar documentación.
PSICOPEDAGOGIA	NO Renovar	No requiere cargar documentación.

Creado Por: GetsApp / OSPACA

23 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 virtualmente y el mismo será evaluado por el área de Auditoría Médica.
Dicha evaluación implicará un plazo de **20 DÍAS HÁBILES**.
IMPORTANTE: Durante el periodo de evaluación, en el expediente podrán surgir observaciones sobre aspectos faltantes, a corregir o modificar.
Estas observaciones **serán comunicadas vía 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 del portal de Beneficiarios.

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 un prestación para completar documentación, presionar el botón "Seleccionar".



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

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.U.D.S. 1-00064

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir

Detalle de la prestación

Grupo Prestación: Maestro de Apoyo | Prestación: MODULO MAESTRO DE APOYO

Proveedor que brindará la prestación

CUIT Proveedor: 27244005395 | Razón Social (como figura en AFIP): NANETTE GISELLE LORENA

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* No se seleccionó un archivo.

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.

ACTA ACUERDO FIRMADA POR FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, DIRECTIVO DE LA ESCUELA Y PRESTADOR No se seleccionó un archivo.

Desde el inicio de la prestación usted cuenta con un plazo máximo de 60 días corridos para presentar este documento.

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL CON DETALLE DE ADECUACIÓN CURRICULAR EN CASO DE CORRESPONDER, CONFECCIONADA POR PROFESIONAL/EQUIPO TRATANTE No se seleccionó un archivo.

Observaciones (Opcional)

Ingrese una observación si lo requiere

- 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 MODULO MAESTRO DE APOYO. Por favor aguarde a que sea verificada. Puede realizar el seguimiento desde el Módulo Mis Gestiones

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 **Constancia de Alumno Regular** con estado **Rechazado** y el motivo del rechazo. Para cambiar el archivo adjunto presionar el botón "Cambiar".

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
NÚM. 100004

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir

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

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO DOCBENEF.jpg Cambiar RECHAZADO

Puede presentar el certificado del año 2023 que tendrá vigencia hasta el 30/04/2024; a partir de esa fecha deberá presentar el del año 2024.

Motivo de Rechazo: Se toma nuevo CUI. GRACIAS POR ENVIARLO. Queda que adjunte aquí la constancia de alumno regular 2023

Cerrar Enviar

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

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
NÚM. 100004

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir

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

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

Puede presentar el certificado del año 2023 que tendrá vigencia hasta el 30/04/2024; a partir de esa fecha deberá presentar el del año 2024.

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 correctamente. Por favor aguarde a que sea verificada. 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 **Centro Educativo Terapéutico – Jornada Doble Cat. A**.
- 7 Para seleccionar la prestación a corregir, presionar el botón “Seleccionar”.

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

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir ↗

Prestación	Seleccionar
CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.A	 Seleccionar
TRANSPORTE (A CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.A)	Seleccionar

Cerrar

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

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

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir ↗

Detalle de la prestación

Grupo Prestación: Centro Educativo Terapéutico
Prestación: CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.A
Dependencia: N/D

Proveedor que brindará la prestación

CUIT Proveedor: 11111111111
Razón Social (como figura en AFIP): OSVALDO SANGHEZ PROVEEDOR

- 9 En la sección **Documentación de la Prestación**, se podrá observar el **Plan de Abordaje Individual** con estado **Rechazado** y el **Presupuesto** también con estado **Rechazado**. Se podrá visualizar además el Motivo de Rechazo de cada ítem.

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O. 5. 1-09664

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir

Detalle de la prestación

Grupo Prestación: Centro Educativo Terapeutico
Prestación: CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT A
Dependencia: NO

Proveedor que brindará la prestación

CUIT Proveedor: 11111111111
Razón Social (como figura en AFIP): OSVALDO SANCHEZ PROVEEDOR

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL* DOCREST_PLAN_DE_TRABAJO.pdf Cambiar RECHAZADO

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

Motivo de Rechazo: EXPEDIENTE DERIVADO AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE OSPACA, SE ESTARAN COMUNICANDO A LA BREVEDAD.

PRESUPUESTO* DOCREST_Presupuesto.pdf Cambiar RECHAZADO

Motivo de Rechazo: EXPEDIENTE DERIVADO AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE OSPACA, SE ESTARAN COMUNICANDO A LA BREVEDAD.

Observaciones (Opcional)
Ingrese una observación si lo requiere

Enviar

Cerrar

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

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL* Seleccionar archivo Ninguno archivo seleccionado Adjuntar

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

PRESUPUESTO* DOCREST_Presupuesto.pdf Cambiar RECHAZADO

Motivo de Rechazo: EXPEDIENTE DERIVADO AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE OSPACA, SE ESTARAN COMUNICANDO A LA BREVEDAD.

Observaciones (Opcional)
Ingrese una observación si lo requiere

Enviar

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

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL* <i>Debe constar: Período, modalidad de prestación, objetivos específicos del abordaje.</i>	DOCPREST_Archivo_1.pdf Cambiar
PRESUPUESTO*	DOCPREST_Archivo_2.pdf Cambiar

Observaciones (Opcional)

Ingrese una observación si lo requiere

 **Enviar**

- 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 CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.A. Por favor aguarde a que sea verificada. 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**.

La imagen muestra la interfaz de usuario del sistema OSPACA. En la parte superior izquierda, se encuentra el logo de OSPACA (Obra Social del Personal del Automóvil Club Argentino) con el número de línea 378654. A la derecha del título, hay un botón "Salir". El menú principal está dividido en cinco tarjetas de acción:

- Completar Documentación:** Se permite completar la documentación adeudada / vencida.
- Corregir Rechazos:** Se permite corregir rechazos de documentación y/o prestaciones.
- Agregar Prestación:** Se permite agregar una nueva prestación. Este ítem está resaltado con un recuadro rojo.
- Dar de baja Prestación:** Se permite suspender una prestación.
- Modificar Prestación:** Se permite cambiar el proveedor, la cantidad de sesiones, la dependencia o la jornada de una prestación.

En la parte inferior izquierda hay un botón "Cerrar".

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

La imagen muestra el formulario "Detalle de la prestación". El título del formulario es "Detalle de la prestación".

En la sección superior, hay dos campos de selección:

- Grupo Prestación:** Un menú desplegable con "[Seleccione]" como opción.
- Prestación:** Un menú desplegable con "[Seleccione]" como opción.

Debajo de estos campos, hay una sección titulada "Proveedor que brindará la prestación" con dos campos de texto:

- CUIT Proveedor:** Un campo con el placeholder "Ingrese CUIT del Proveedor". Este campo está resaltado con un recuadro rojo.
- Razón Social (como figura en AFIP):** Un campo con el placeholder "Ingrese Razón-Social (como figura en AFIP)".

En la parte inferior del formulario, hay un campo de texto para "Observaciones (Opcional)" con el placeholder "Ingrese una observación si lo requiere".

En la parte inferior del formulario, hay dos botones: "Cerrar" y "Guardar".

- 3 De acuerdo a lo seleccionado, el sistema desplegará que documentación es requerida adjuntar, marcada con el símbolo "*", para completar el trámite.

- 4 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

- 5 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**.
- 6 Para adjuntar un **archivo**, presionar el botón “Examinar”, elegir el archivo desde la PC y luego presionar “Adjuntar”.



Proveedor que brindará la prestación

CUIT Proveedor: 11111111111

Razón Social (como figura en AFIP): OSVALDO SANCHEZ PROVEEDOR

Mail Proveedor: 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 ATENCION A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (RNP)

*Del Profesional

Examinar... No se seleccionó un archivo. → Adjuntar

- 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**.

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

Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

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 o PNG

PRESCRIPCIÓN 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

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.*

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

PRESUPUESTO*

Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

Observaciones (Opcional)

Ingrese una observación si lo requiere

Enviar

Cerrar

- 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. 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 una 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".

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.M.O.V. 3.0580.4

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir

Detalle de la prestación

Grupo Prestación: Sesiones de Profesionales (E): Psicología, Fonoaudiología, etc. Prestación: FONOAUDIOLÓGIA

Cantidad de sesiones mensuales: 8

Período Desde: [Selección]

Proveedor que brindará la prestación

CUIT Proveedor: 11111111111 Razón Social (como figura en AFIP): GARCÍA JOSÉ

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

NOTA DE SUSPENSIÓN* Examinar... No se seleccionó un archivo Adjuntar

Observaciones (Opcional)
ingrese una observación si lo requiere

Enviar

Cerrar

- 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 FONOAUDIOLÓGIA. Por favor aguarde a que sea verificada. 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 dependencia o la jornada de prestación, el sistema permite hacerlo seleccionando 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 y adjuntar la **documentación requerida**. Luego presionar el botón "Enviar".

OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
B.M.O.S. 1.0160-4

DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir ↗

Detalle de la prestación

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

Cambia la cantidad de sesiones?: NO Cantidad de sesiones mensuales: 8

Periodo Desde: [Seleccione]

Proveedor que brindará la prestación

Cambia el Proveedor?: NO CUIT Proveedor: 11111111111 Razón Social (como figura en AFIP): OSVALDO SANCHEZ PROVEEDOR

Documentación de la Prestación

Adjunte los archivos del proveedor según corresponda en formato PDF

INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN* Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

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 presentada en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior.

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL* Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

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

PRESUPUESTO* Examinar... No se seleccionó un archivo. Adjuntar

Observaciones (Opcional)
Ingrese una observación si lo requiere

 Enviar

Cerrar

- 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 FONOAUDIOLOGIA. Por favor aguarde a que sea verificada. Puede realizar el seguimiento desde el Módulo [Mis Gestiones](#)

Aceptar

IMPRESIÓN DE EXPEDIENTE

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

The screenshot shows the OSPACA web interface for a beneficiary named PEREZ JUAN. The interface includes a header with the OSPACA logo and a navigation bar. Below the navigation bar, there are six main menu items:

- 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**: El expediente para el año 2023 ya ha sido creado.
- Modificar / Completar / Corregir Expediente**: Se permite realizar cambios en prestaciones, completar documentación y corregir rechazos del expediente de discapacidad.
- Impresión de Expediente**: Se permite descargar e imprimir el detalle del expediente de discapacidad. (This option is highlighted with a red box in the original image.)
- Actualizar CUD**: Se permite realizar la actualización del CUD.
- Mis Gestiones**: Se permite visualizar las gestiones registradas y conocer su estado.

At the bottom of the interface, there is contact information:

- En caso de tener algún inconveniente o necesitar más información puede comunicarse por las siguientes vías:
- ATENCIÓN TELEFÓNICA: 0800-999-6772 o 4106-4500 Lunes a Viernes de 09 a 18 hs
- ATENCIÓN POR MAIL: informes@ospaca.com

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

The screenshot shows a PDF document titled "NOTA AUTORIZACIÓN" from OSPACA. The document is dated "Buenos Aires, 24 de Octubre de 2023" and is addressed to "Señor Beneficiario". It states that the following benefits are authorized for PEREZ JUAN (ID: 111111111111) for the requested period:

Si alguna prestación solicitada no se encuentra en el siguiente listado, puede visualizar su estado desde el Módulo 'Mis Gestiones'.

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERIODO	CANTIDAD SESIONES MENSUALES	MONTO MENSUAL
KINESIOLOGIA	SANCHEZ OSVALDO	01/02/2023 - 28/02/2023	13	\$ 42.046,94
KINESIOLOGIA	SANCHEZ OSVALDO	01/03/2023 - 31/03/2023	13	\$ 43.939,09

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**.

The screenshot shows the OSPACA user interface for a beneficiary named PEREZ JUAN. The page title is 'DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN'. There are six main menu items:

- 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**: El expediente para el año 2023 ya ha sido creado.
- Modificar / Completar / Corregir Expediente**: Se permite realizar cambios en prestaciones, completar documentación y corregir rechazos del expediente de discapacidad.
- Impresión de Expediente**: Se permite descargar e imprimir el detalle del expediente de discapacidad.
- Actualizar CUD**: Se permite realizar la actualización del CUD. (This option is highlighted with a red box in the original image).
- Mis Gestiones**: Se permite visualizar las gestiones registradas y conocer su estado.

At the bottom, contact information is provided: 'En caso de tener algún inconveniente o necesitar más información puede comunicarse por las siguientes vías: • ATENCIÓN TELEFÓNICA: 0800-999-6772 o 4106-4500 Lunes a Viernes de 09 a 18 hs • ATENCIÓN POR MAIL: informes@ospaca.com'

- 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".

The screenshot shows the 'Documentación Actual' section of the OSPACA system. It displays a table with the following data:

Documentación	Fecha Vencimiento	Archivo
CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)	09/09/2024	

- 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”.



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

DISCAPACIDAD. ACTUALIZAR CUD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir

Documentación Actual

Documentación	Fecha Vencimiento	Archivo
CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)	09/09/2024	Ver

Nueva Documentación

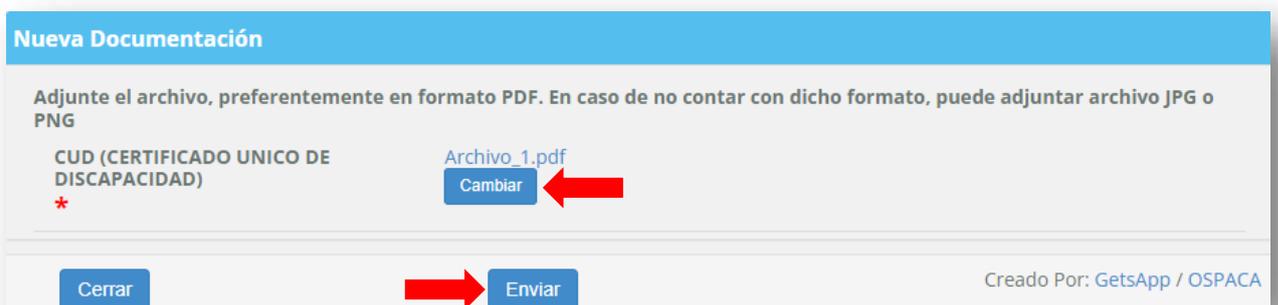
Adjunte el archivo, preferentemente en formato PDF. En caso de no contar con dicho formato, puede adjuntar archivo JPG o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)
*

Seleccionar archivo Ninguno archivo seleccionado Adjuntar

Cerrar Enviar Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 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 Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 5 El sistema mostrará un mensaje de confirmación.



! 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**.

The screenshot shows the OSPACA web portal interface for a beneficiary named Perez Juan. The main navigation bar includes the OSPACA logo and the text 'DISCAPACIDAD. BENEFICIARIO PEREZ JUAN'. Below this, there are six service tiles: 'Solicitud de Entrevista Inicial con EID', 'Solicitud de Expediente', 'Modificar / Completar / Corregir Expediente', 'Impresión de Expediente', 'Actualizar CUD', and 'Mis Gestiones'. The 'Mis Gestiones' tile is highlighted with a red border. At the bottom, there is contact information for telephone and email support.

En caso de tener algún inconveniente o necesitar más información puede comunicarse por las siguientes vías:

- ATENCIÓN TELEFÓNICA: 0800-999-6772 o 4106-4500 Lunes a Viernes de 09 a 18 hs
- ATENCIÓN POR MAIL: informes@ospaca.com

- 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, presionar el botón "Ver".

The screenshot shows the 'Gestiones en curso' section of the OSPACA web portal. It features a table with the following data:

Nro Solicitud	Descripción	Fecha Envío	Estado	Ver
2509	ACTUALIZAR CUD	24/10/2023	PENDIENTE DE VERIFICACION	<p>Por favor aguarde a que procesemos su solicitud. Tendrá novedades dentro de los 10 días hábiles.</p> <p> Ver</p>

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

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

DISCAPACIDAD. MIS GESTIONES. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir ↗

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 Creado Por: GetsApp / OSPACA

- 4 En la segunda sección, el sistema mostrará las **Gestiones Aceptadas**, 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, presionar el botón "Ver".

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

DISCAPACIDAD. MIS GESTIONES. BENEFICIARIO PEREZ JUAN Salir ↗

Gestiones en curso

Nro Solicitud	Descripción	Fecha Envío	Estado	Ver
2509	ACTUALIZAR CUD	24/10/2023	PENDIENTE DE VERIFICACION	Por favor aguarde a que procesemos su solicitud. Tendrá novedades dentro de los 10 días hábiles. Ver

Gestiones aceptadas

Nro Solicitud	Descripción	Fecha Envío	Estado	Ver
2233	SOLICITUD EXPEDIENTE 2023	18/04/2023	ACEPTADO	Ver

Cerrar Creado Por: GetsApp / OSPACA

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

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

CARGA DE EXPEDIENTE DISCAPACIDAD DEL BENEFICIARIO PEREZ JUAN
Salir

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 o PNG

CUD (CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD) *	DOCBENEF_CUD_VIGENTE.jpeg ACEPTADO
CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR O NOTA ACLARATORIA DEL TITULAR EN CASO DE NO ESTAR ESCOLARIZADO * <i>Puede presentar el certificado del año 2023 que tendrá vigencia hasta el 30/04/2024; a partir de esa fecha deberá presentar el del año 2024.</i>	DOCBENEF_CAR.pdf ACEPTADO
CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES FIRMADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR, CONFORME AL ANEXO II. * <i>Todos los campos detallados deben estar completos.</i>	DOCBENEF_CONFORMIDAD.pdf ACEPTADO

Documentación Médica

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

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA*	DOCMED_Rhc.pdf ACEPTADO
-------------------------------------	---

Deberá confeccionarse de acuerdo al modelo de OSPACA que se encuentra en el instructivo.

Prestaciones

3. Indique las prestaciones que desea incluir en el expediente

Prestación	Opción Seleccionada	Detalle
KINESIOLOGIA	Renovar v	Ver
PSICOPEDAGOGIA	Renovar v	Ver

Cerrar
Creado Por: GetApps / OSPACA

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 360/2022, sus complementarias y modificatorias.

En las paginas precedentes se 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:

Atencion virtual:

eidiscapacidad@ospaca.com

Formulario de contacto web:

www.ospaca.com/contacto

Atencion telefónica:

Lunes a Viernes 09 a 18 hs

0800.999.6772

4106.4500

 4106.4500 / 0800.999.6772

 T.M. de Anchorena 641.
C1170ACK - CABA

 informes@ospaca.com