

# DISCAPACIDAD

## Continuidad y Nuevos Trámites

### Descripción

El presente documento, tiene la finalidad de capacitar al beneficiario respecto a cómo solicitar la continuidad de un trámite de discapacidad, como también iniciar un nuevo trámite ante la Obra Social O.S.E.C.A.C.

Discapacidad O.S.E.C.A.C.

[discapacidad@gmssa.com.ar](mailto:discapacidad@gmssa.com.ar) / [disca\\_gms@gmssa.com.ar](mailto:disca_gms@gmssa.com.ar)  
(011) 4345-0200 opción 2

## Contenido

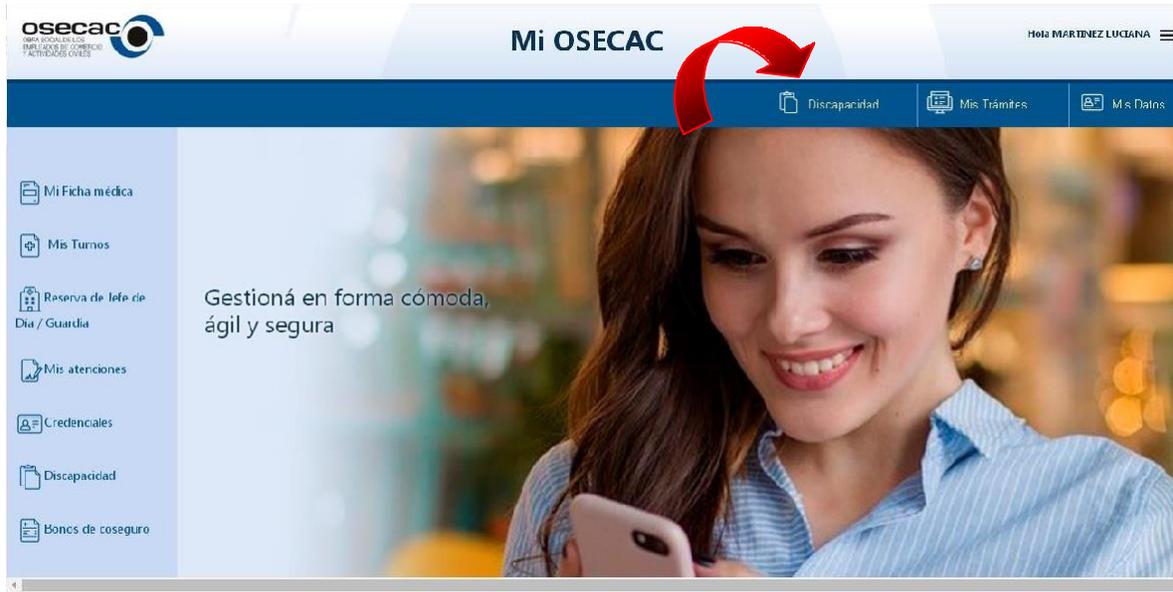
Objetivo .....	3
¿Cómo se gestiona un trámite nuevo por Discapacidad? .....	4
¿Cómo gestionar cada solicitud por Discapacidad? .....	6
1. Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo - Alta /Modificación/Renovación.....	7
2. Terapias - Alta /Modificación/Renovación.....	17
3. Otras Prestaciones- Alta /Modificación/Renovación .....	30
4. Transporte - Alta /Modificación/Renovación.....	40
¿Cómo ingreso Documentación Complementaria? .....	49
5. Documentación AIE/Maestro de Apoyo – (Trámite 2).....	49
6. Documentación Prestador .....	50
7. Informe Semestral.....	50

## Objetivo

El presente documento tiene como finalidad capacitar al beneficiario sobre la forma de iniciar un nuevo trámite de discapacidad o solicitar la continuidad de un trámite actualmente existente a través de la página Web de O.S.E.C.A.C., [www.osecac.org.ar](http://www.osecac.org.ar).

## ¿Cómo se realiza la Registración OBLIGATORIA de un trámite por Discapacidad?

Registrado su usuario e ingresando a la página web de O.S.E.C.A.C., opción TRAMITES, ingrese en la solapa “Discapacidad”



Posteriormente seleccionar “Registración OBLIGATORIA Trámite Discapacidad”, esta instancia es requisito indispensable tanto para un primer trámite como para una renovación 2022.



Debe seleccionar el beneficiario causante del grupo familiar y completar todos los campos requeridos.

Se solicita registrar su dirección de mail para cualquier notificación y/o seguimiento del trámite ingresado.

## Registración OBLIGATORIA Tramite Discapacidad

Beneficiario Causante:

Diagnostico:

Tipo Discapacidad:

MENTAL  MOTORA  AUDITIVA  VISUAL  VISCERAL

Certificado de Discapacidad

Certificado Único de Discapacidad (CUD)  Certificado válido no CUD

Número de Certificado:

Formato: AAA-00-00000000000-00000000-00000000-AAA-000

Fecha de Emisión CUD:

dd/mm/aaaa



Fecha de Vencimiento CUD:

dd/mm/aaaa



E-mail de contacto:

Ej : xxx@gmail.com

Confirme el E-mail de contacto:

Ej : xxx@gmail.com

### Documentación requerida

Certificado Unico de Discapacidad (CUD)

Seleccionar archivo

Ningún archivo seleccionado

Formulario Informacion del Beneficiario (ex Complemento Encuesta Social)

Seleccionar archivo

Ningún archivo seleccionado



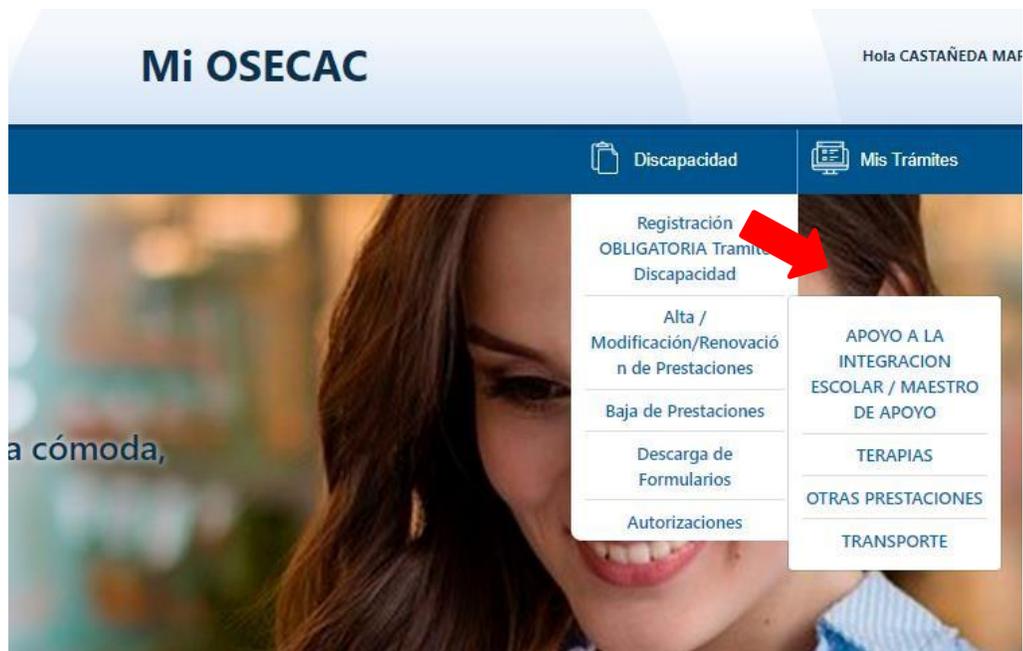
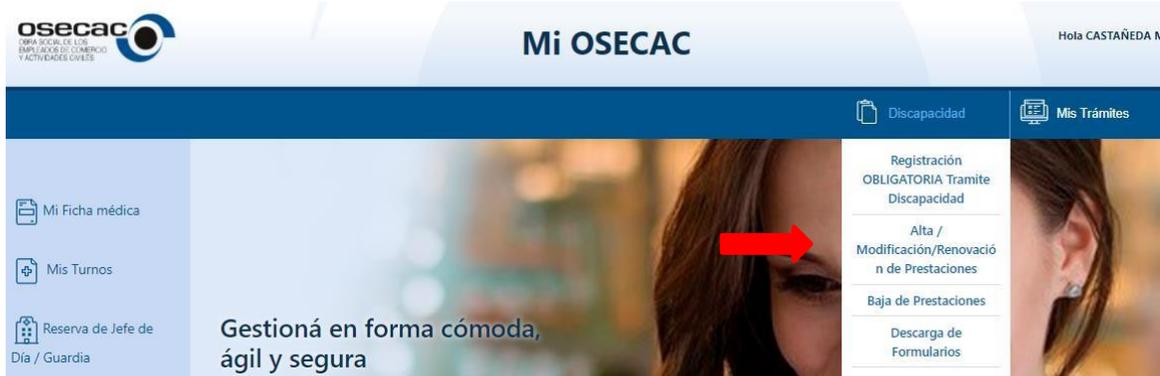
Aceptar

Cancelar

Una vez completados los datos indicados, deberá seleccionar la opción "Aceptar"

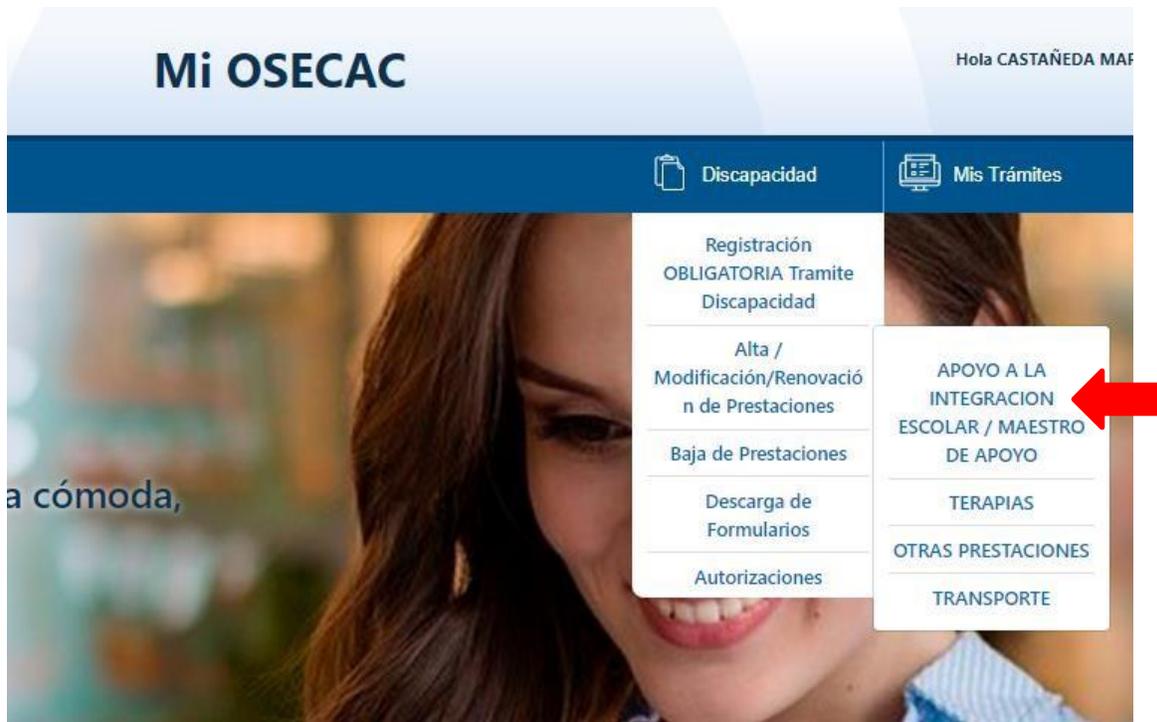
## ¿Cómo gestionar cada solicitud por Discapacidad?

Para toda solicitud, deberá seleccionar “Alta/Modificación/Renovación de Prestaciones”, posteriormente deberá seleccionar sobre qué tipo de prestación realizará la gestión.



- Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo
- Terapias
- Otras Prestaciones (Estimulación Temprana, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, etc)
- Transporte

# 1. Apoyo a la Integración Escolar / Maestro de Apoyo - Alta /Modificación/Renovación -



- \* Debe seleccionar el beneficiario causante.
- \* Indicar los datos del médico que indica la prestación.
- \* Registrar su dirección de mail a los efectos de validar el mismo para cualquier notificación y/o seguimiento.

The screenshot shows the 'Mi OSECAC' website interface for the 'Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR / MAESTRO DE APOYO' form. The form is displayed on a light blue background. At the top, there is a header with the OSECAC logo on the left, 'Mi OSECAC' in the center, and 'Hola megonzalez' on the right. Below the header is a navigation bar with four options: 'Instructivo Beneficiarios 2022 - Sin anexos', 'Anexos - Instructivo Beneficiarios', 'Lineamientos Generales Beneficiarios', and 'Trámites Iniciados'. The main content area contains the following form fields:

- Beneficiario Causante:** A dropdown menu with 'GARCIA LOPÉZ JUAN' selected.
- Médico Tratante:** Radio buttons for 'O.S.E.C.A.C.' (selected) and 'Externo'.
- Nombre Médico:** A text input field.
- Matrícula:** A text input field.
- E-mail de contacto:** A text input field with the example 'Ej : xxxx@gmail.com'.
- Confirme el E-mail de contacto:** A text input field with the example 'Ej : xxxx@gmail.com'.

Aita / Modificación/Renovación de Prestaciones - APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRO DE APOYO

Beneficiario Causante:  
GIRA CHUCA SEBASTIAN

Médico Tratante:  
 O.S.E.C.A.C.  Externo

E-mail de contacto:  
MARIA@GMAIL.COM

Confirme el E-mail de contacto:  
MARIA@GMAIL.COM

Prestaciones



Seleccione **Registración de Información**, luego debe seleccionar que tipo de gestión realizará:

**Alta:** debe seleccionarse esta opción en los casos en los que el beneficiario no cuente con una autorización (AD) para esta modalidad hasta el mes de diciembre 2021 a efectos de gestionar la nueva solicitud.

**Modificación:** debe seleccionarse esta opción a efectos de gestionar la continuidad de una autorización vigente sobre la que se requiere algún tipo de cambio o modificación (Cantidad o prestador efector).

**Renovación:** debe seleccionarse esta opción a los efectos de gestionar la continuidad de una autorización vigente 2021 SIN NINGUN TIPO de cambio ni modificación.

### 1.1 Alta:

**Registración de Información**

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificación  Renovación

Prestación:

CUIT Prestador:

a) Tipo de Prestación

**Registración de Información**

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificación  Renovación

Prestación:  
[Dropdown menu]  
APOYO INTEGRACION ESCOLAR ( VALOR MÓDULO )  
MAESTRO DE APOYO (VALOR MODULO)  
MAESTRO DE APOYO (VALOR HORA)

b) CUIT del prestador: en caso de ser un prestador que trabaja por primera vez con la OSECAC, le serán requeridos todos los datos del mismo.

Prestación:  
[Dropdown menu]

CUIT Prestador:  
Sin guiones [Buscar]

Virtual  Presencial  Ambas

Zona Desfavorable:

**Ingreso de Datos del Prestador**

Razon Social:  
Razon Social

CUIT:  
4654654654

Tipos Iva:  
[Dropdown menu]

Tipos Ingresos Brutos:  
[Dropdown menu]

Nro. Ingresos Brutos:  
Nro. IIBB

Calle:  
Calle

Número: Piso: Dpto: Cuerpo:

Número: Piso: Dpto: Cuerpo:  
Numero Piso Dpto Cuerpo

Provincia:  
[Dropdown menu]

Localidad: Código Postal:  
[Dropdown menu] Código Postal

Teléfono:  
Sin Cero adelante ni guiones

E-mail de contacto:  
Ej : xxx@gmail.com

Orden de emisión de cheque:  
Orden de emisión de cheque

CBU:  
Sin guiones



## Documentación requerida

Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Prescripción de las prestaciones, firmada por médico tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Informe de evaluación Inicial / Informe Evolutivo	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Presupuesto prestacional	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Constancia CBU del prestador	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Constancia de Alumno Regular Ciclo Lectivo o Constancia de Matriculación	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Acta Acuerdo, firmada por familiar responsable/tutor, directivo del establecimiento educativo y prestador a cargo	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado

### 1.2 Modificación:

### Registración de Información

Tipo de Trámite:

Alta  Modificación  Renovación

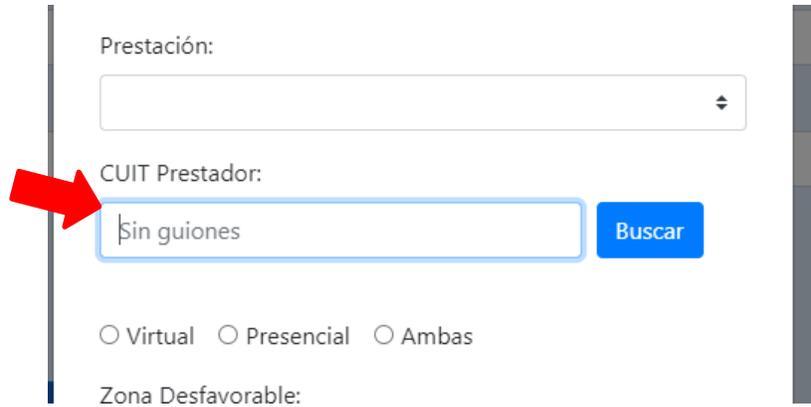
Prestación:

Al seleccionar la opción "Modificación" se mostrarán las autorizaciones con vencimiento 31/12/2021 a los efectos de gestionar la continuidad de la modalidad.

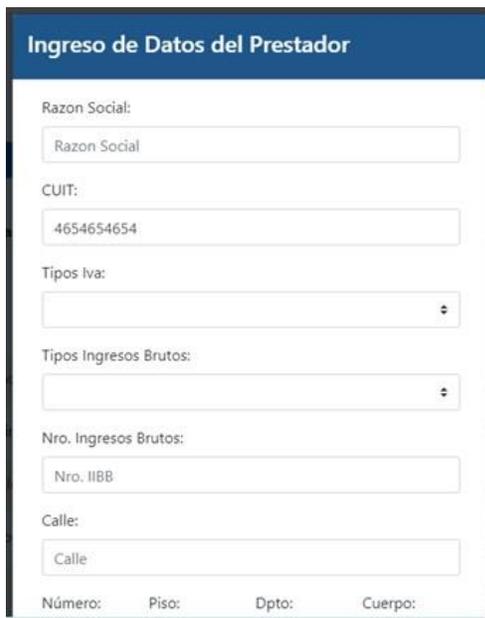
Prestaciones Vigentes					
N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
1241516	MAESTRO DE APOYO (VALOR MODULO)	2021-10-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	27-111111111 -2	PRESTADOR XXXXXXXXXX.

Al seleccionar la autorización correspondiente, desplegará la grilla a los efectos de editar o completar los campos con los datos actualizados (importe, periodo, días de atención, etc)

- a) CUIT del prestador: en caso de ser un prestador que trabaja por primera vez con la OSECAC, le serán requeridos todos los datos del mismo.



Formulario de búsqueda de prestador. Incluye un campo de selección para 'Prestación', un campo de texto para 'CUIT Prestador' con el valor 'Sin guiones' y un botón 'Buscar'. Debajo hay tres opciones de radio: 'Virtual', 'Presencial' y 'Ambas'. En la parte inferior se indica 'Zona Desfavorable:'.



**Ingreso de Datos del Prestador**

Razon Social:  
Razon Social

CUIT:  
4654654654

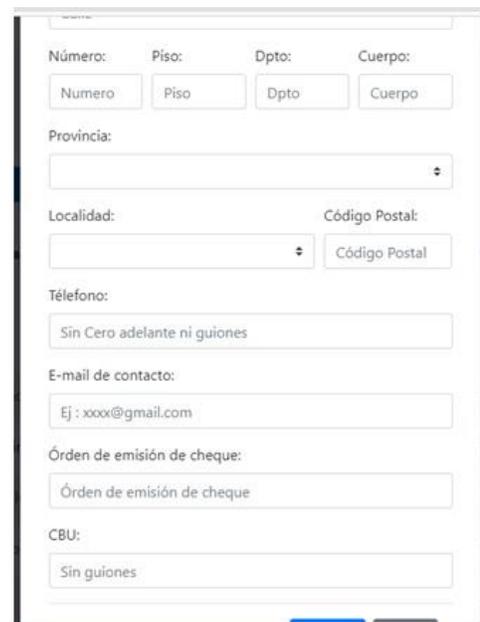
Tipos Iva:  
[seleccionar]

Tipos Ingresos Brutos:  
[seleccionar]

Nro. Ingresos Brutos:  
Nro. IIBB

Calle:  
Calle

Número: Piso: Dpto: Cuerpo:



Número: Piso: Dpto: Cuerpo:  
Numero Piso Dpto Cuerpo

Provincia:  
[seleccionar]

Localidad: Código Postal:  
[seleccionar] Código Postal

Télefono:  
Sin Cero adelante ni guiones

E-mail de contacto:  
Ej : xxxx@gmail.com

Orden de emisión de cheque:  
Orden de emisión de cheque

CBU:  
Sin guiones

- b) Debe indicar la modalidad de atención (Virtual, Presencial, Ambas). Atento la situación actual la modalidad debe ser Presencial salvo expresa indicación médica con su debida justificación.
- c) En caso que la prestación se brinde en zona desfavorable, indicar cual:



### Documentación requerida

Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Prescripción de las prestaciones, firmada por médico tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Informe de evaluación Inicial / Informe Evolutivo	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Presupuesto prestacional	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Constancia CBU del prestador	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Constancia de Alumno Regular Ciclo Lectivo o Constancia de Matriculación	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Acta Acuerdo, firmada por familiar responsable/tutor, directivo del establecimiento educativo y prestador a cargo	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado

### 1.3 Renovación:

**Registración de Información**

Tipo de Trámite:

Alta  Modificación  Renovación

Prestación:

[Dropdown menu]

Al seleccionar la opción “Renovación” se mostrarán las autorizaciones con vencimiento 31/12/2021 a los efectos de gestionar la continuidad de la modalidad.

N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
1241516	MAESTRO DE APOYO (VALOR MODULO)	2021-10-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	27-111111111 -2	PRESTADOR XXXXXXXXXX

Registración de Información | Editar la Información | Eliminar la Información

Al seleccionar la autorización correspondiente, desplegará la grilla a los efectos de completar los campos con los datos actualizados (importe, periodo, días de atención, etc)

a) CUIT del prestador: no editable

Prestación:

CUIT Prestador: Sin guiones

Virtual  Presencial  Ambas

Zona Desfavorable:

b) Debe indicar la modalidad de atención (Virtual, Presencial, Ambas). Atento la situación actual la modalidad debe ser Presencial salvo expresa indicación médica con su debida justificación.

c) En caso que la prestación se brinde en zona desfavorable, indicar cual:

Zona Desfavorable:

Sin % de zona desfavorable en la factura

Chubut

La Pampa

Neuquén

Rio Negro

Santa Cruz

Tierra del Fuego

Patagones

d) Cantidad mensual: en el caso de presupuestar valor módulo colocar 1.

e) Precio Unitario: corresponde indicar el importe mensual **SIN ADICIONAL** (en caso de adicional por zona desfavorable no incluir el 20%)

f) Debe indicar los días en los cuales se brindará la prestación

g) Fecha DESDE, fecha HASTA

Precio Unitario:  Precio Total Prestación:

Cantidad Dias Semanales:

Lunes  
 Martes  
 Miércoles  
 Jueves  
 Viernes  
 Sábado

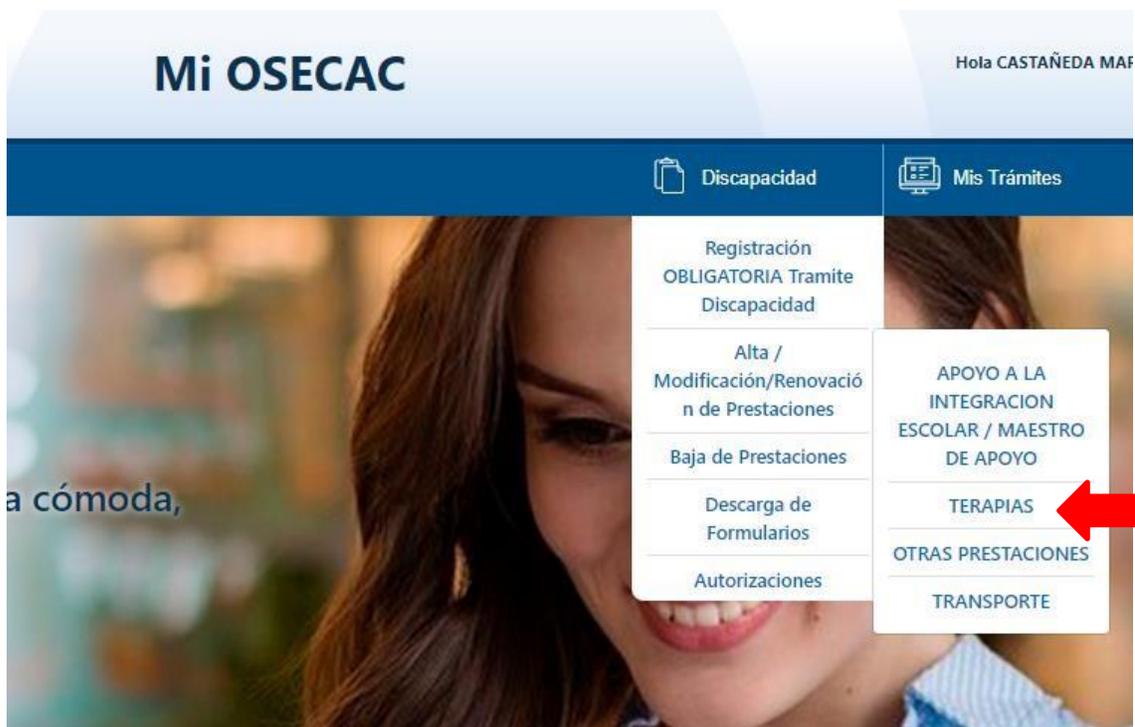
Fecha Desde:

Fecha Hasta:

Al seleccionar AGREGAR volverá a la página anterior, donde deberá adjuntar la documentación como archivo .pdf o .jpg, (el sistema no acepta archivos repetidos ni identificados con caracteres especiales ñ,/,%\$##'")

Documentación requerida		
Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Ningún archivo seleccionado
Prescripción de las prestaciones, firmada por médico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Ningún archivo seleccionado
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Ningún archivo seleccionado
Informe de evaluación Inicial / Informe Evolutivo	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Ningún archivo seleccionado
Presupuesto prestacional	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Ningún archivo seleccionado
Constancia CBU del prestador	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Ningún archivo seleccionado
Constancia de Alumno Regular Ciclo Lectivo o Constancia de Matriculación	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Ningún archivo seleccionado
Acta Acuerdo, firmada por familiar responsable/tutor, directivo del establecimiento educativo y prestador a cargo	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Ningún archivo seleccionado
Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/>	Ningún archivo seleccionado

## 2. Terapias - Alta /Modificación/Renovación -



\* Debe seleccionar el beneficiario causante.

\* Indicar los datos del médico que indica la prestación.

**Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - TERAPIAS**

Beneficiario Causante:  
SUAREZ SANTIAGO

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificacion  Renovación

Prestación:  
[Empty dropdown menu]

CUIT Prestador:  
Sin guiones

**Buscar**

### Tipo de Trámite

**Alta:** debe seleccionarse esta opción en los casos en los que el beneficiario no cuente con una autorización (AD) para esta modalidad hasta el mes de diciembre 2021 a efectos de gestionar la nueva solicitud.

**Modificación:** debe seleccionarse esta opción a efectos de gestionar la continuidad de una autorización vigente sobre la que se requiere algún tipo de cambio o modificación (Cantidad o prestador efector).

**Renovación:** debe seleccionarse esta opción a los efectos de gestionar la continuidad de una autorización vigente 2021 SIN NINGUN TIPO de cambio ni modificación

\* Registrar su dirección de mail a los efectos de validar el mismo para cualquier notificación y/o seguimiento.

## 2.1 Alta:

a) Seleccione la opción “Alta”



Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - TERAPIAS

Beneficiario Causante:  
SUAREZ SANTIAGO

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificación  Renovación

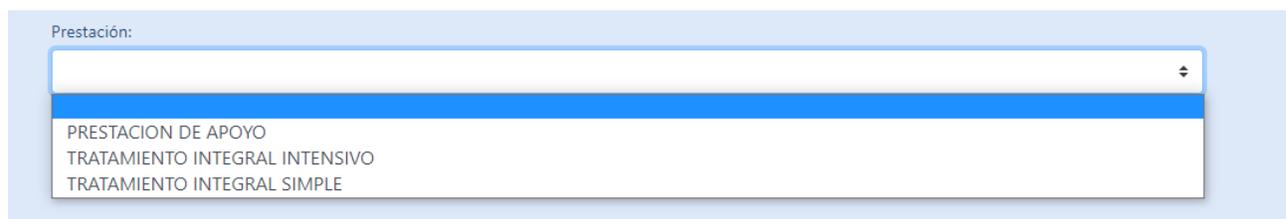
Prestación:  
[Dropdown menu]

CUIT Prestador:  
Sin guiones

Buscar

b) Luego la modalidad de la Prestación

- Prestación de Apoyo: debe seleccionarse esta opción cuando la prestación se encuentra presupuestada por sesión.
- Tratamiento Integral Simple/Intensivo: en concordancia con el módulo presupuestado.



Prestación:

[Dropdown menu]

PRESTACION DE APOYO  
TRATAMIENTO INTEGRAL INTENSIVO  
TRATAMIENTO INTEGRAL SIMPLE

c) Se debe ingresar el CUIT del prestador: En caso de ser un prestador que trabaja por primera vez con la OSECAC, le serán requeridos todos los datos del mismo.

PRESTACION DE APOYO

CUIT Prestador:  
Sin guiones

Zona Desfavorable:

Cantidad Mensual:  
Cantidad de sesiones Mensuales

Precio Unitario: Formato 9999.99  Precio Total Prestación: Importe Total

Fecha Desde: dd/mm/aaaa  Fecha Hasta: dd/mm/aaaa

E-mail de contacto:  
Ej : xxxx@gmail.com

Confirme el E-mail de contacto:  
Ej : xxxx@gmail.com

### Ingreso de Datos del Prestador

Razon Social:

CUIT:

Tipos Iva:

Tipos Ingresos Brutos:

Nro. Ingresos Brutos:

Calle:

Número:  Piso:  Dpto:  Cuerpo:

Número:  Piso:  Dpto:  Cuerpo:

Provincia:

Localidad:  Código Postal:

Télefono:

E-mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

CBU:

d) En caso que la prestación se brinde en zona desfavorable, indicar cual:

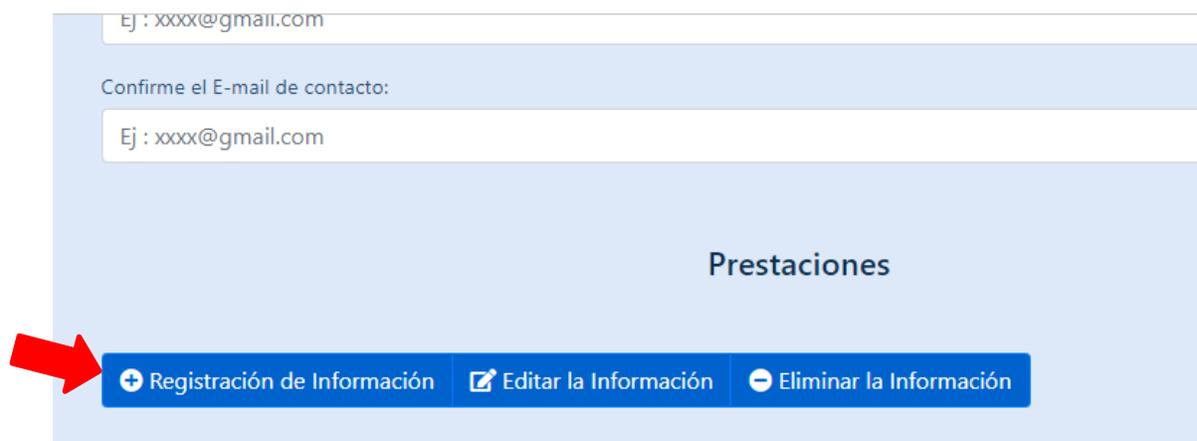
Zona Desfavorable:

- Sin % de zona desfavorable en la factura
- Chubut
- La Pampa
- Neuquén
- Rio Negro
- Santa Cruz
- Tierra del Fuego
- Patagones

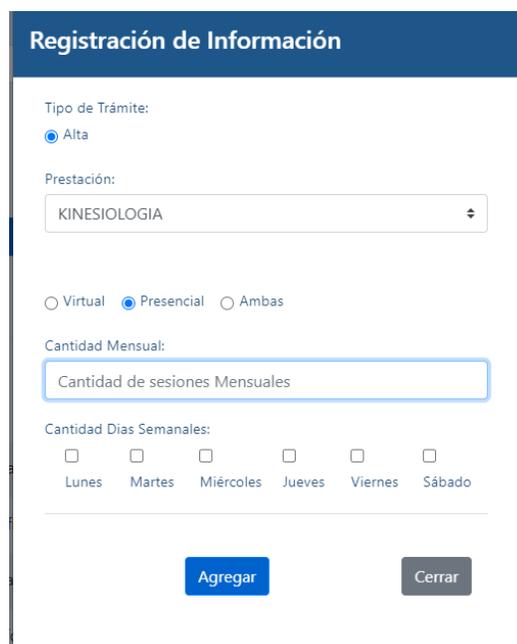
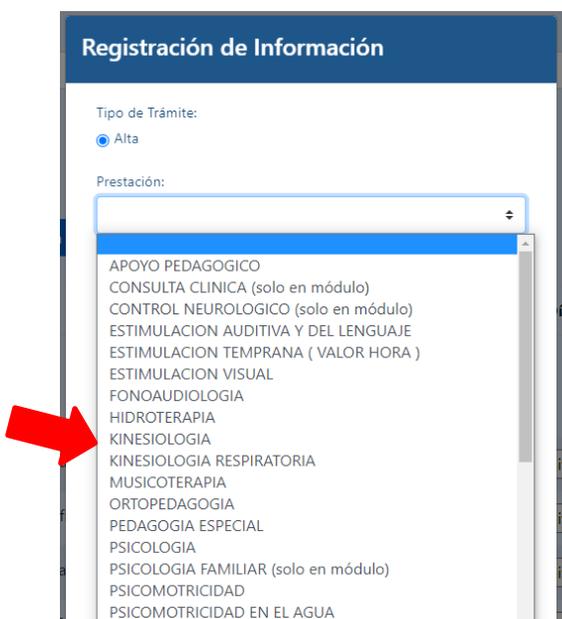
dd/mm/aaaa  dd/mm/aaaa

- e) Cantidad mensual: en función de la modalidad solicitada (Prestación de Apoyo = cantidad de sesiones, Tratamiento Integral Simple/Intensivo=módulos mensuales=1)
- f) Precio Unitario:
  - Corresponde indicar el importe mensual **SIN ADICIONAL** (en caso de adicional por zona desfavorable no incluir el 20%)
  - Valor de la sesión o valor del módulo
- g) Fecha DESDE, fecha HASTA
- h) Registrar su dirección de mail a los efectos de validar elmismo para cualquier notificación y/o seguimiento.

Una vez finalizada la carga de estos datos, se debe indicar el detalle de la terapia solicitada, seleccionando "Registración de Información":



En esta instancia debe indicar específicamente cuál es la terapia solicitada, la cantidad de sesiones y los días correspondientes al cronograma de atención.





Autorizaciones Vigentes			
N.Autorización	Modulo	CUIT	Razón Social
1396964	TRATAMIENTO INTEGRAL INTENSIVO:	30-4525742 -1	ROCEVAR S.A.

- b) Luego seleccione la modalidad actual de la Prestación de acuerdo al presupuesto:
- Prestación de Apoyo: debe seleccionarse esta opción cuando la prestación se encuentra presupuestada por sesión.
  - Tratamiento Integral Simple/Intensivo: en concordancia con el módulo presupuestado.

Prestación:

PRESTACION DE APOYO  
 TRATAMIENTO INTEGRAL INTENSIVO  
 TRATAMIENTO INTEGRAL SIMPLE

- c) En el ítem CUIT del prestador, debe indicar el prestador que brindará la prestación (en caso de cambio de prestador debe indicar el actual), si el prestador trabaja por primera vez con la OSECAC, le serán requeridos todos los datos del mismo.

PRESTACION DE APOYO

CUIT Prestador:

Sin guiones Buscar

Zona Desfavorable:

Cantidad Mensual:

Cantidad de sesiones Mensuales

Precio Unitario:

Precio Total Prestación:

Fecha Desde:

Fecha Hasta:

E-mail de contacto:

Ej: xxxx@gmail.com

Confirme el E-mail de contacto:

Ej: xxxx@gmail.com

**Ingreso de Datos del Prestador**

Razon Social:

CUIT:

Tipos Iva:

Tipos Ingresos Brutos:

Nro. Ingresos Brutos:

Calle:

Número:    Piso:    Dpto:    Cuerpo:

Número:    Piso:    Dpto:    Cuerpo:  
           

Provincia:

Localidad:    Código Postal:  
   

Télefono:

E-mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

CBU:

d) En caso que la prestación se brinde en zona desfavorable, indicar la provincia o localidad:

Zona Desfavorable:

Sin % de zona desfavorable en la factura

Chubut

La Pampa

Neuquén

Río Negro

Santa Cruz

Tierra del Fuego

Patagones

dd/mm/aaaa   

e) Cantidad mensual: en función de la modalidad solicitada (Prestación de Apoyo = cantidad de sesiones, Tratamiento Integral Simple/Intensivo=módulos mensuales=1)

f) Precio Unitario:

- Corresponde indicar el importe mensual **SIN ADICIONAL** (en caso de adicional por zona desfavorable no incluir el 20%)
- Valor de la sesión o valor del módulo

g) Fecha DESDE, fecha HASTA

h) Registrar su dirección de mail a los efectos de validar elmismo para cualquier notificación y/o seguimiento.

Una vez finalizada la carga de estos datos, se debe indicar el detalle de la terapia solicitada, seleccionando "Registración de Información":

Ej : xxxx@gmail.com

Confirme el E-mail de contacto:

Ej : xxxx@gmail.com

## Prestaciones

 Registración de Información
 Editar la Información
 Eliminar la Información

En esta instancia debe indicar específicamente cual es la terapia solicitada, la cantidad de sesiones y los días correspondientes al cronograma de atención.

### Registración de Información

Tipo de Trámite:  
 Modificación

Prestación:

Virtual  Presencial  Ambas

Cantidad Mensual:

Cantidad Dias Semanales:  
 Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

### Registración de Información

Tipo de Trámite:  
 Modificación

Prestación:

Virtual  Presencial  Ambas

Cantidad Mensual:

Cantidad Dias Semanales:  
 Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

### Registración de Información

Tipo de Trámite:  
 Modificación

Prestación:

APOYO PEDAGOGICO

CONSULTA CLINICA (solo en módulo)

CONTROL NEUROLOGICO (solo en módulo)

ESTIMULACION AUDITIVA Y DEL LENGUAJE

ESTIMULACION TEMPRANA ( VALOR HORA )

ESTIMULACION VISUAL

FONOAUDIOLOGIA

HIDROTERAPIA

KINESIOLOGIA

KINESIOLOGIA RESPIRATORIA

MUSICOTERAPIA

ORTOPEDAGOGIA

PEDAGOGIA ESPECIAL

PSICOLOGIA

PSICOLOGIA FAMILIAR (solo en módulo)

PSICOMOTRICIDAD

PSICOMOTRICIDAD EN EL AGUA



Este paso debe repetirse seleccionando la opción “Agregar” por cada terapia correspondiente al mismo prestador y presupuesto (misma documentación avalatoria)

Una vez ingresadas todas las terapias con su correspondiente frecuencia y cronograma, desde la página anterior se debe adjuntar la documentación como archivo .pdf o .jpg, (el sistema no acepta archivos repetidos ni identificados con caracteres especiales ñ,/,%\$##””) )

### Documentación requerida

Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Prescripción de las prestaciones, firmada por médico tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Informe de evaluación Inicial / Informe Evolutivo	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Plan de abordaje individual	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Presupuesto prestacional	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Constancia CBU del prestador	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
RNP para las Instituciones y profesionales regulados por la S.S.S. y/o Título habilitante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado

## 2.3 Renovación:

**Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - TERAPIAS**

Beneficiario Causante:  
SUAREZ SANTIAGO

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificación  Renovación

Prestación:  
[Dropdown menu]

CUIT Prestador:  
Sin guiones

**Buscar**

- a) Luego seleccione la modalidad actual de la Prestación de acuerdo al presupuesto
- c. Prestación de Apoyo: debe seleccionarse esta opción cuando la prestación se encuentra presupuestada por sesión.
- d. Tratamiento Integral Simple/Intensivo: en concordancia con el módulo presupuestado.

Prestación:

[Dropdown menu]

PRESTACION DE APOYO  
TRATAMIENTO INTEGRAL INTENSIVO  
TRATAMIENTO INTEGRAL SIMPLE

- b) En el ítem CUIT del prestador, debe indicar el prestador que brinda la prestación

PRESTACION DE APOYO

CUIT Prestador:  
Sin guiones

**Buscar**

Zona Desfavorable:  
[Dropdown menu]

Cantidad Mensual:  
Cantidad de sesiones Mensuales

Precio Unitario:  
Formato 9999.99

Precio Total Prestación:  
Importe Total

Fecha Desde:  
dd/mm/aaaa

Fecha Hasta:  
dd/mm/aaaa

E-mail de contacto:  
Ej : xxxx@gmail.com

Confirme el E-mail de contacto:  
Ej : xxxx@gmail.com

c) En caso que la prestación se brinde en zona desfavorable, indicar la provincia o localidad:



The screenshot shows a web form with a dropdown menu titled "Zona Desfavorable:". The dropdown is open, showing a list of provinces: "Sin % de zona desfavorable en la factura", "Chubut", "La Pampa", "Neuquén", "Rio Negro", "Santa Cruz", "Tierra del Fuego", and "Patagones". Below the dropdown, there are two date input fields, each with a calendar icon and the placeholder "dd/mm/aaaa".

d) Cantidad mensual: en función de la modalidad solicitada (Prestación de Apoyo = cantidad de sesiones, Tratamiento Integral Simple/Intensivo=módulos mensuales=1)

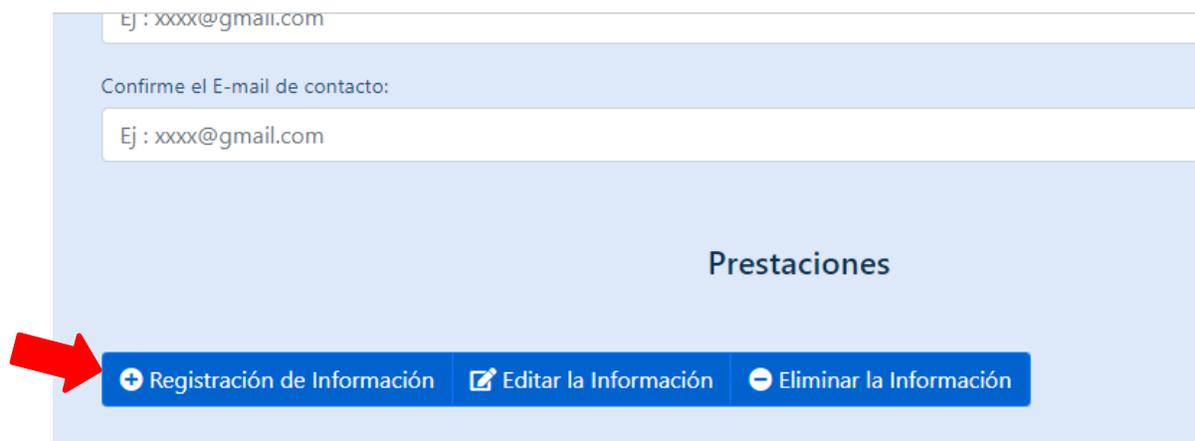
e) Precio Unitario:

- Corresponde indicar el importe mensual **SIN ADICIONAL** (en caso de adicional por zona desfavorable no incluir el 20%)
- Valor de la sesión o valor del módulo

f) Fecha DESDE, fecha HASTA

g) Registrar su dirección de mail a los efectos de validar el mismo para cualquier notificación y/o seguimiento.

Una vez finalizada la carga de estos datos, se debe indicar el detalle de la terapia solicitada, seleccionando "Registración de Información":



The screenshot shows a web form for "Prestaciones". At the top, there is a text input field with the placeholder "Ej : xxxx@gmail.com". Below it, there is a label "Confirme el E-mail de contacto:" followed by another text input field with the placeholder "Ej : xxxx@gmail.com". The main heading is "Prestaciones". At the bottom, there is a blue button bar with three buttons: "+ Registración de Información", "✎ Editar la Información", and "⊖ Eliminar la Información". A red arrow points to the first button.

En esta instancia debe indicar específicamente cual es la terapia solicitada, la cantidad de sesiones y los días correspondientes al cronograma de atención.

### Registración de Información

Tipo de Trámite:  
 Renovación

Prestación:

Virtual  Presencial  Ambas

Cantidad Mensual:

Cantidad Dias Semanales:  
 Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

Al seleccionar nuevamente  Renovación, se mostraran la/s terapia/s sobre las que se requiere continuidad.

Prestaciones Vigentes					
N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
1168899	FONOAUDIOLOGIA (4 SESIONES MENSUALES)	2020-01-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	30-12345678-2	PILARES SALUD S.A
1168899	PSICOLOGIA (4 SESIONES MENSUALES)	2020-01-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	30-12345678-2	PILARES SALUD S.A
1168899	PSICOPEDAGOGIA (4 SESIONES MENSUALES)	2020-01-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	30-12345678-2	PILARES SALUD S.A

### Registración de Información

Tipo de Trámite:  
 Renovación

Prestación:

Virtual  Presencial  Ambas

Cantidad Mensual:

Cantidad Dias Semanales:  
 Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

Este paso debe repetirse seleccionando la opción “Agregar” por cada terapia correspondiente al mismo prestador y presupuesto (misma documentación avalatoria)

Una vez ingresadas todas las terapias con su correspondiente frecuencia y cronograma, desde la página anterior se debe adjuntar la documentación como archivo .pdf o .jpg, (el sistema no acepta archivos repetidos ni identificados con caracteres especiales ñ,/,%\$##””)

Documentación requerida	
Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Prescripción de las prestaciones, firmada por médico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Informe de evaluación Inicial / Informe Evolutivo	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Plan de abordaje individual	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Presupuesto prestacional	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Constancia CBU del prestador	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
RNP para las Instituciones y profesionales regulados por la S.S.S. y/o Título habilitante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado

### 3. Otras Prestaciones- Alta /Modificación/Renovación -



- \* Debe seleccionar el beneficiario causante.
- \* Indicar los datos del médico que indica la prestación.
- \* Registrar su dirección de mail a los efectos de validar elmismo para cualquier notificación y/o seguimiento.

The screenshot shows the 'Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - OTRAS PRESTACIONES' form on the 'Mi OSECAC' website. The form is titled 'Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - OTRAS PRESTACIONES' and is located under the 'Discapacidad' tab. The form contains the following fields:

- Beneficiario Causante:** A dropdown menu with 'CASTRO BARROS JUANA' selected.
- Médico Tratante:** Two radio buttons: 'O.S.E.C.A.C.' (selected) and 'Externo'.
- E-mail de contacto:** A text input field with the placeholder 'Ej: xxxx@gmail.com'.
- Confirme el E-mail de contacto:** A text input field with the placeholder 'Ej: xxxx@gmail.com'.

At the bottom of the form, there is a button labeled 'Prestaciones'.

**Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - OTRAS PRESTACIONES**

Beneficiario Causante:

Médico Tratante:  
 O.S.E.C.A.C.  Externo

E-mail de contacto:

Confirme el E-mail de contacto:

**Prestaciones**

Seleccione **Registración de Información**, luego debe seleccionar que tipo de gestión realizará:

**Alta:** debe seleccionarse esta opción en los casos en los que el beneficiario no cuente con una autorización (AD) para esta modalidad hasta el mes de diciembre 2021 a efectos de gestionar la nueva solicitud.

**Modificación:** debe seleccionarse esta opción a efectos de gestionar la continuidad de una autorización vigente sobre la que se requiere algún tipo de cambio o modificación (Cantidad o prestador efector).

**Renovación:** debe seleccionarse esta opción a los efectos de gestionar la continuidad de una autorización vigente 2021 SIN NINGUN TIPO de cambio ni modificación

### 3.1 Alta:

**Registración de Información**

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificación  Renovación

Prestación:

CUIT Prestador:

a) Tipo de Prestación

**Registración de Información**

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificación  Renovación

Prestación:

ALMUERZO DIARIO (MENSUAL)  
 CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE  
 CENTRO DE DIA JORNADA SIMPLE  
 CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO JORNADA DOBLE  
 CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO JORNADA SIMPLE  
 EDUCACION INICIAL JORNADA DOBLE  
 EDUCACION INICIAL JORNADA SIMPLE  
 EDUCACION GENERAL BASICA JORNADA DOBLE  
 EDUCACION GENERAL BASICA JORNADA SIMPLE  
 ESCOLARIDAD COMUN JORNADA DOBLE  
 ESCOLARIDAD COMUN JORNADA SIMPLE  
 ESTIMULACION TEMPRANA ( VALOR MÓDULO )  
 FORMACION LABORAL JORNADA DOBLE  
 FORMACION LABORAL JORNADA SIMPLE  
 HOGAR INTERNACION PERMANENTE  
 HOGAR CON CENTRO DE DIA INTERNACION LU A VI  
 HOGAR CON CENTRO DE DIA INTERNACION PERMANENTE

- b) CUIT del prestador: en caso de ser un prestador que trabaja por primera vez con la OSECAC, le serán requeridos todos los datos del mismo.

Prestación:

CUIT Prestador:

Sin guiones

Buscar

Virtual  Presencial  Ambas

Zona Desfavorable:

### Ingreso de Datos del Prestador

Razon Social:

Razon Social

CUIT:

4654654654

Tipos Iva:

Tipos Ingresos Brutos:

Nro. Ingresos Brutos:

Nro. IIBB

Calle:

Calle

Número:    Piso:    Dpto:    Cuerpo:

Número:    Piso:    Dpto:    Cuerpo:

Numero    Piso    Dpto    Cuerpo

Provincia:

Localidad:    Código Postal:

Código Postal

Télefono:

Sin Cero adelante ni guiones

E-mail de contacto:

Ej: xxxx@gmail.com

Orden de emisión de cheque:

Orden de emisión de cheque

CBU:

Sin guiones



Documentación requerida		
Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Prescripción de las prestaciones, firmada por médico tratante	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Informe de evaluación Inicial / Informe Evolutivo	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Plan de abordaje individual	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Presupuesto prestacional	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Constancia CBU del prestador	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
RNP (SSSalud) - Categorización (SNR/ANDIS)	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado
Informe confeccionado por trabajador social-Hogares	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado !
Escala FIM confeccionada por médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado !
Informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual	Seleccionar archivo	Ningún archivo seleccionado !

### 3.2 Modificación:

#### Registración de Información

Tipo de Trámite:

Alta  
  Modificación  
  Renovación

Prestación:

Al seleccionar la opción “Modificación” se mostrarán las autorizaciones con vencimiento 31/12/2021 a los efectos de gestionar la continuidad de la modalidad.

Prestaciones Vigentes					
N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
1209613	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO JORNADA SIMPLE + 35% POR DEPENDENCIA	2020-01-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	30- 45642137 -8	PRESTADOR S.R.L.

Al seleccionar la autorización correspondiente, desplegará la grilla a los efectos de editar o completar los campos con los datos actualizados (importe, periodo, días de atención, etc)

- a) CUIT del prestador: en caso de ser un prestador que trabaja por primera vez con la OSECAC, le serán requeridos todos los datos del mismo.

Prestación:

CUIT Prestador: Sin guiones

Virtual  Presencial  Ambas

Zona Desfavorable:

**Ingreso de Datos del Prestador**

Razon Social:

CUIT:

Tipos Iva:

Tipos Ingresos Brutos:

Nro. Ingresos Brutos:

Nro. IIBB

Calle:

Número: Piso: Dpto: Cuerpo:

Número: Piso: Dpto: Cuerpo:

Provincia:

Localidad: Código Postal:

Teléfono:

E-mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

CBU:

- b) Debe indicar la modalidad de atención (Virtual, Presencial, Ambas). Atento la situación actual la modalidad debe ser Presencial salvo expresa indicación médica con su debida justificación.

- c) En caso que la prestación se brinde en zona desfavorable, indicar cual:

Zona Desfavorable:

Sin % de zona desfavorable en la factura

Chubut

La Pampa

Neuquén

Rio Negro

Santa Cruz

Tierra del Fuego

Patagones



Documentación requerida	
Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Prescripción de las prestaciones, firmada por médico tratante	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Informe de evaluación Inicial / Informe Evolutivo	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Plan de abordaje individual	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Presupuesto prestacional	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Constancia CBU del prestador	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
RNP (SSSalud) - Categorización (SNR/ANDIS)	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Informe confeccionado por trabajador social-Hogares	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado !
Escala FIM confeccionada por médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado !
Informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado !

### 3.3 Renovación:

#### Registración de Información

Tipo de Trámite:

Alta  
  Modificación  
  Renovación

Prestación:

↑

Al seleccionar la opción “Renovación” se mostraran las autorizaciones con vencimiento 31/12/2021 a los efectos de gestionar la continuidad de la modalidad.

Prestaciones Vigentes					
N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
1209613	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO JORNADA SIMPLE + 35% POR DEPENDENCIA	2020-01-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	30- 45642137	PRESTADOR S.R.L. -8

Al seleccionar la autorización correspondiente, desplegará la grilla a los efectos de editar o completar los campos con los datos actualizados (importe, periodo, días de atención, etc)

a) CUIT del prestador: No editable

Prestación:

CUIT Prestador: Sin guiones

Virtual  Presencial  Ambas

Zona Desfavorable:

b) Debe indicar la modalidad de atención (Virtual, Presencial, Ambas). Atento la situación actual la modalidad debe ser Presencial salvo expresa indicación médica con su debida justificación.

c) En caso que la prestación se brinde en zona desfavorable, indicar cual:

Zona Desfavorable:

Sin % de zona desfavorable en la factura

Chubut

La Pampa

Neuquén

Río Negro

Santa Cruz

Tierra del Fuego

Patagones

d) Se debe indicar la categoría correspondiente de acuerdo a la institución prestadora.

e) En caso de corresponder adicional por Dependencia, se debe marcar el check  Dependencia.

Zona Desfavorable:

Categoría A  Categoría B  Categoría C

Dependencia

Cantidad Mensual:

1

Precio Unitario: Formato 9999.99

Precio Total Prestación: Importe Total

Cantidad Días Semanales:

Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

- f) Cantidad mensual: debe indicar 1.
- g) Precio Unitario: corresponde indicar el importe mensual **SIN ADICIONAL** (en caso de adicional por zona desfavorable no incluir el 20%, si se indicará Dependencia no incluir el 35%).
- h) Debe indicar los días en los cuales se brindará la prestación.
- i) Fecha DESDE, fecha HASTA.

Precio Unitario:	Precio Total Prestación:
<input type="text" value="Formato 9999.99"/>	<input type="text" value="Importe Total"/>
Cantidad Días Semanales:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunes	Martes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miércoles	Jueves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viernes	Sábado
Fecha Desde:	
<input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>	<input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>
Fecha Hasta:	
<input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>	<input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>
<input type="button" value="Agregar"/> <input type="button" value="Cerrar"/>	

Al seleccionar AGREGAR volverá a la página anterior, donde deberá adjuntar la documentación como archivo .pdf o .jpg, (el sistema no acepta archivos repetidos ni identificados con caracteres especiales ñ,/,%\$##'")

Documentación requerida	
Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Prescripción de las prestaciones, firmada por médico tratante	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Informe de evaluación Inicial / Informe Evolutivo	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Plan de abordaje individual	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Presupuesto prestacional	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Constancia CBU del prestador	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
RNP (SSSalud) - Categorización (SNR/ANDIS)	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado
Informe confeccionado por trabajador social-Hogares	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado !
Escala FIM confeccionada por médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado !
Informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual	<input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ningún archivo seleccionado !

## 4. Transporte - Alta /Modificación/Renovación -



- \* Debe seleccionar el beneficiario causante.
- \* Indicar los datos del médico que indica la prestación.
- \* Registrar su dirección de mail a los efectos de validar el mismo para cualquier notificación y/o seguimiento.

Alta / Modificación/Renovación de Prestaciones - TRANSPORTE

Beneficiario Causante:  
AVILA JOAQUINA

E-mail de contacto:  
Ej : xxx@gmail.com

Confirme el E-mail de contacto:  
Ej : xxx@gmail.com

Prestaciones

➕ Registración de Información   ✎ Editar la Información   ✖ Eliminar la Información

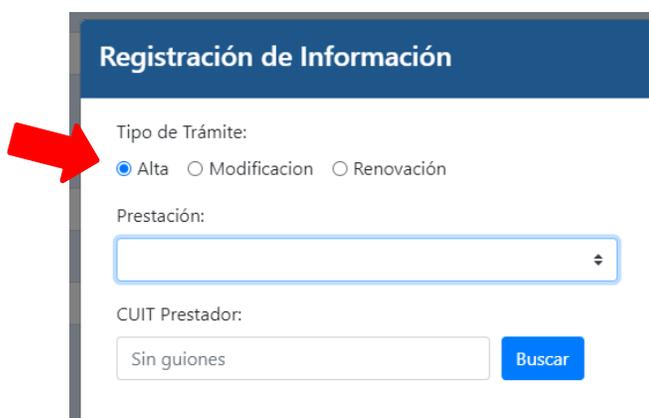
Seleccione **Registración de Información**, luego debe seleccionar que tipo de gestión realizará:

**Alta:** debe seleccionarse esta opción en los casos en los que el beneficiario no cuente con una autorización (AD) para esta modalidad hasta el mes de diciembre 2021 a efectos de gestionar la nueva solicitud.

**Modificación:** debe seleccionarse esta opción a efectos de gestionar la continuidad de una autorización vigente sobre la que se requiere algún tipo de cambio o modificación (Cantidad o prestador efector).

**Renovación:** debe seleccionarse esta opción a los efectos de gestionar la continuidad de una autorización vigente 2021 SIN NINGUN TIPO de cambio ni modificación

#### 4.1 **Alta:**



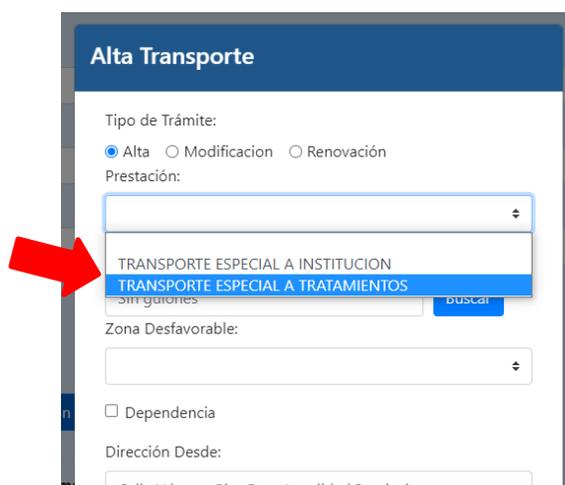
**Registración de Información**

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificación  Renovación

Prestación:  
[Dropdown menu]

CUIT Prestador:  
Sin guiones [Buscar]

a) Tipo de Prestación



**Alta Transporte**

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificación  Renovación

Prestación:  
[Dropdown menu with options: TRANSPORTE ESPECIAL A INSTITUCION, TRANSPORTE ESPECIAL A TRATAMIENTOS]

CUIT Prestador:  
Sin guiones [Buscar]

Zona Desfavorable:  
[Dropdown menu]

Dependencia

Dirección Desde:  
[Text input field]

k) CUIT del prestador: en caso de ser un prestador que trabaja por primera vez con la OSECAC, le serán requeridos todos los datos del mismo.

### Alta Transporte

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificación  Renovación

Prestación:  
 TRANSPORTE ESPECIAL A INSTITUCION

CUIT Transporte:  
 Sin guiones

Zona Desfavorable:

Dependencia

Dirección Desde:

Dirección Hasta:

Cantidad Días Semanales:

### Ingreso de Datos del Prestador

Razon Social:

CUIT:

Tipos Iva:

Tipos Ingresos Brutos:

Nro. Ingresos Brutos:

Calle:

Número:  Piso:  Dpto:  Cuerpo:

Número:  Piso:  Dpto:  Cuerpo:

Provincia:

Localidad:  Código Postal:

Télefono:

E-mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

CBU:

l) En caso que la prestación se brinde en zona desfavorable, indicar cual:

Zona Desfavorable:

- Sin % de zona desfavorable en la factura
- Chubut
- La Pampa
- Neuquén
- Rio Negro
- Santa Cruz
- Tierra del Fuego
- Patagones

Dependencia

Dirección Desde:

Dirección Hasta:

Cantidad Días Semanales:

Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

Fecha Desde:

Fecha Hasta:

Kms de Ida:  Kms de Vuelta:  Kms Totales:

Importe por KM:  Importe Total:

- m) En caso de corresponder adicional por Dependencia, se debe marcar el check  Dependencia.
- n) Indicar el recorrido presupuestado: Dirección Desde /Dirección Hasta.
- o) Debe indicar los días en los cuales se brindará la prestación.
- p) Fecha DESDE, fecha HASTA.
- q) Cantidad de kilómetros presupuestados, detallando Cantidad Km mensuales de ida, Cantidad Km mensuales de vuelta.
- r) Importe por KM: corresponde indicar el importe mensual **SIN ADICIONAL** (en caso de adicional por zona desfavorable no incluir el 20%, si se indicará Dependencia no incluir el 35%)

Al seleccionar AGREGAR volverá a la página anterior, donde deberá adjuntar la documentación como archivo .pdf o .jpg, (el sistema no acepta archivos repetidos ni identificados con caracteres especiales ñ,/ & % \$ # # " ' )

Documentación requerida	
Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Prescripción de las prestaciones, firmada por médico tratante	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Justificación médica	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Conformidad Res 1731/2021 SSSalud - ANEXO II	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Certificado de Domicilio expedido por Policía	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Constancia de georreferenciación	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Presupuesto prestacional	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Constancia CBU del prestador	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Habilitación, Póliza de Seguro, Verificación Técnica Vehicular, Licencia de conducir	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Escala FIM confeccionada por médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional	Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

#### 4.2 Modificación:

### Registración de Información

Tipo de Trámite:

Alta  
  **Modificación**  
  Renovación

Prestación:

⇅

Al seleccionar la opción “Modificación” se mostrarán las autorizaciones con vencimiento 31/12/2021 a los efectos de gestionar la continuidad de la modalidad.

Prestaciones Vigentes					
N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
1209706	TRANSPORTE ESPECIAL A INSTITUCION + 35 % DEPENDENCIA (656 KILÓMETROS)	2020-01-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	27- 4564321321 -5	AGUIRRE TERESA
1209707	TRANSPORTE ESPECIAL A TRATAMIENTOS + 35% DEPENDENCIA ( 10.8 KILÓMETROS)	2020-01-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	27- 2356766575 -5	AGUIRRE TERESA

Al seleccionar la autorización correspondiente, desplegará la grilla a los efectos de editar o completar los campos con los datos actualizados (importe, periodo, días de atención, etc)

- b) CUIT del prestador: en caso de ser un prestador que trabaja por primera vez con la OSECAC, le serán requeridos todos los datos del mismo.

### Alta Transporte

Tipo de Trámite:  
 Alta  Modificacion  Renovación

Prestación:  
TRANSPORTE ESPECIAL A TRATAMIENTOS

CUIT Transporte:  
27 -18546385-7

Prestador:  
PALERMO DIP TERESA

Zona Desfavorable:

Dependencia

Dirección Desde:  
Calle,Número,Piso,Dpto,Localidad,Provincia

### Ingreso de Datos del Prestador

Razon Social:

CUIT:  
4654654654

Tipos Iva:

Tipos Ingresos Brutos:

Nro. Ingresos Brutos:  
Nro. IIBB

Calle:

Número: Piso: Dpto: Cuerpo:

Número: Piso: Dpto: Cuerpo:

Provincia:

Localidad: Código Postal:

Télefono:  
Sin Cero adelante ni guiones

E-mail de contacto:  
Ej : xxx@gmail.com

Orden de emisión de cheque:  
Orden de emisión de cheque

CBU:  
Sin guiones



### 4.3 Renovación:

**Registración de Información**

Tipo de Trámite:

Alta  Modificación  Renovación

Prestación:

Al seleccionar la opción “Renovación” se mostraran las autorizaciones con vencimiento 31/12/2021 a los efectos de gestionar la continuidad de la modalidad.

N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
1209706	TRANSPORTE ESPECIAL A INSTITUCION + 35 % DEPENDENCIA (656 KILÓMETROS)	2020-01-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	27- 4564321321 -5	AGUIRRE TERESA
1209707	TRANSPORTE ESPECIAL A TRATAMIENTOS + 35% DEPENDENCIA ( 10.8 KILÓMETROS)	2020-01-01 00:00:00	2021-12-31 00:00:00	27- 2356766575 -5	AGUIRRE TERESA

Al seleccionar la autorización correspondiente, desplegará la grilla a los efectos de editar o completar los campos con los datos actualizados (importe, periodo, días de atención, etc)

- a) CUIT del prestador: no editable.

**Alta Transporte**

Tipo de Trámite:

Alta  Modificación  Renovación

Prestación:

CUIT Transporte:

Prestador:

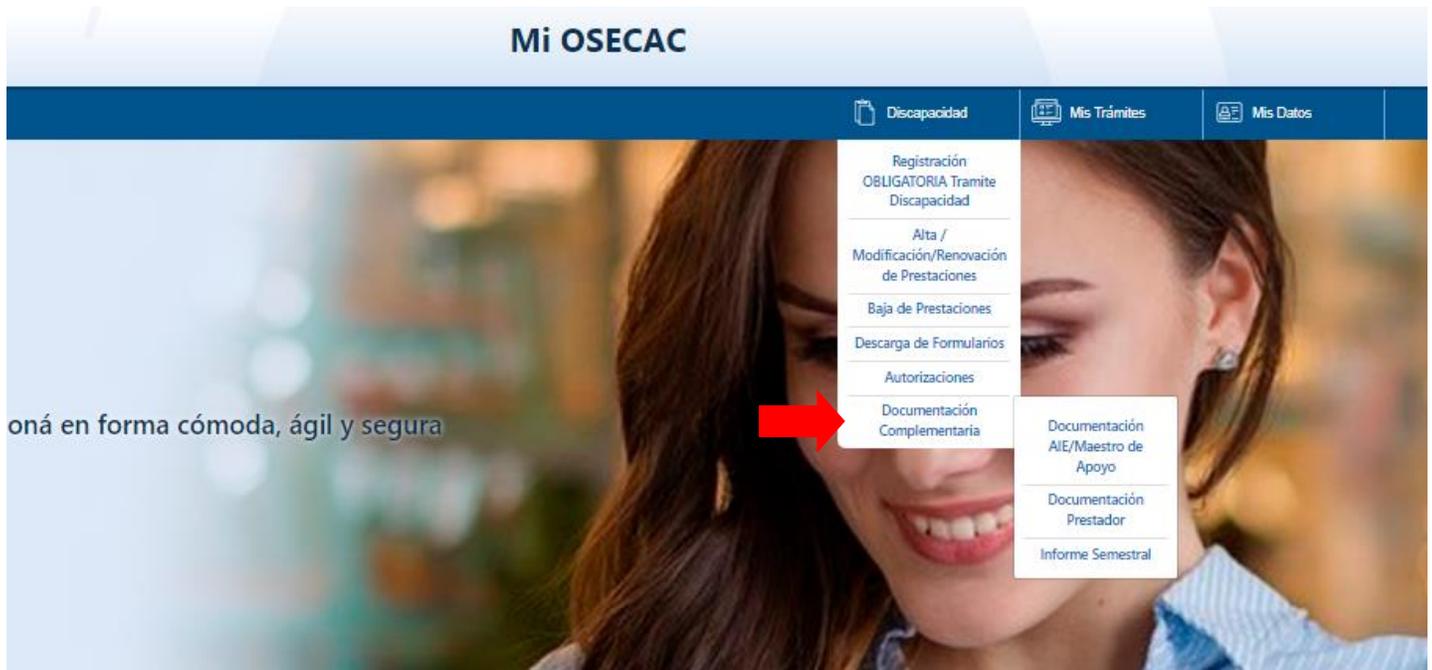
Zona Desfavorable:

Dependencia

Dirección Desde:



## Documentación Complementaria -



### 5. Documentación AIE / Maestro de Apoyo

A los efectos de finalizar la gestión de una solicitud de Apoyo a la Integración Escolar (AIE) o Maestro de Apoyo, debe presentarse la Constancia de Alumno regular y Acta Acuerdo correspondientes al ciclo lectivo autorizado. El incumplimiento de este trámite complementario dentro del plazo establecido (60 días de iniciado el ciclo lectivo) implica la suspensión de la AD emitida hasta tanto se registre el ingreso.

**Documentación AIE/Maestro de Apoyo**

Beneficiario Causante:

Fecha de la documentación

E-mail de contacto

Repita el E-mail de contacto

**Seleccione prestación**

Incluir	N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
---------	----------------	------------	-------------	-------------	------	--------------

**Documentación requerida**

Constancia de Alumno Regular Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.

Acta Acuerdo, firmada por familiar responsable/tutor, directivo del establecimiento educativo y prestador a cargo Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.

## 6.Documentación Prestador

Opción habilitada para la presentación de Renovación de RNP o cualquier documentación que deba presentar el prestador con respecto a su categorización y/o registro

**Documentación Prestador**

Beneficiario Causante:

Fecha Vencimiento

E-mail de contacto

Repita el E-mail de contacto

**Seleccione prestación**

Incluir	N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
---------	----------------	------------	-------------	-------------	------	--------------

**Documentación requerida**

RNP para las Instituciones y profesionales regulados por la S.S.S. y/o Título habilitante Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.

## 7. Informe Semestral - OBLIGATORIO

Opción habilitada a los efectos de agilizar el la presentación del Informe Semestral, de cumplimiento obligatorio para todas las prestaciones (No Transporte). El incumplimiento del Informe Semestral evolutivo implica la suspensión de la autorización oportunamente emitida.

## Informe Semestral

Beneficiario Causante:

Fecha de la documentación

dd/mm/aaaa



E-mail de contacto

Ej: xxxx@gmail.com

Repita el E-mail de contacto

Ej: xxxx@gmail.com

### Seleccione prestación

Incluir	N.Autorización	Prestación	Fecha Desde	Fecha Hasta	CUIT	Razón Social
---------	----------------	------------	-------------	-------------	------	--------------

### Documentación requerida

Informe de evaluación inicial / Informe Evolutivo  Ninguno archivo selec.