

DETALLE	PÁGINA
ÍNDICE + DATOS DE CONTACTO	1
PRESTADORES HABILITADOS	2
DOCUMENTACIÓN SOLICITADA	3-4
PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS	5
CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR	6
CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN – ANEXO III	7
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	8-9
PRESUPUESTO + CONSENTIMIENTO BILATERAL	10
DECLARACIÓN DE CBU	11
SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR	12
SOLICITUD BAJA DE PRESTACIÓN	13
SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO	14

## CONTACTO OSPAGA

- Autorizaciones Discapacidad (Consultas por autorización de expedientes / Consultas por documentación a presentar / Consultas por actualización de CUD)

(011) 4610-9200

[integracionprestador@ospaga.com.ar](mailto:integracionprestador@ospaga.com.ar)

- Recepción de Expedientes (Envío de expedientes para **renovación** 2023 digitalizados)

(011) 4610-9200

[integracionprestador@ospaga.com.ar](mailto:integracionprestador@ospaga.com.ar)

- O.S.P.A.G.A. Central

(011) 4610-9200

[www.ospaga.com.ar](http://www.ospaga.com.ar)

## PRESTADORES HABILITADOS A BRINDAR PRESTACIÓN

Se hace saber que todos los profesionales y/o instituciones que no se encuentren Inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores y/o Servicio Nacional de Rehabilitación no se encontrarán habilitados para brindar prestación. En el cuadro debajo están detallados los profesionales y los títulos con los que es posible inscribirse al Registro Nacional de Prestadores.

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/07/carreras\\_rnp.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/07/carreras_rnp.pdf)

<b>FONOAUDIOLOGÍA</b>	Lic. en Fonoaudiología Fonoaudiólogos
<b>KINESIOLOGÍA</b>	Lic. en Kinesiología Kinesiólogos
<b>MUSICOTERAPIA</b>	Lic. en Musicoterapia Musicoterapeutas
<b>PSICOPEDAGOGÍA</b>	Lic. en Psicopedagogía Psicopedagogos Universitarios
<b>PSICOLOGÍA</b>	Lic. en Psicología Psicólogos
<b>PSICOMOTRICIDAD</b>	Lic. en Psicomotricidad Psicomotricista Técnicos Universitarios en Psicomotricidad
<b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>	Lic. en Terapia Ocupacional Terapista Ocupacional

## MAESTRO DE APOYO

Se aceptará ÚNICAMENTE el título de PSICOPEDAGOGO/A o PROFESOR/A EN EDUCACIÓN **ESPECIAL.**

## ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS

Se aceptará ÚNICAMENTE el título de PSICÓLOGO/A – LIC EN PSICOLOGÍA.

### ***REITERAMOS***

No se aceptará para prestaciones dentro del nomenclador profesionales o instituciones que **NO CUENTEN** con Inscripción al SNR/RNP vigente

## PRESTACIONES DE APOYO

Aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Deberá estar debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal. El máximo de horas será de hasta (6 seis) horas semanales.

La prestación de apoyo no será reconocida cuando se solicite la misma en la institución donde el afiliado realiza la prestación principal en Jornada **Simple o Doble**, salvo excepciones debidamente justificadas. Se recomienda realizar en centros de rehabilitación o prestadores individuales que se encuentren debidamente categorizados para estos fines en la ANDIS.

En el siguiente link encontrará las **instituciones** categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

En caso de solicitar un prestador individual, deberá contar con inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.

### **Documentación Requerida:**

1. Planilla de actualización de datos (Pg. 5)
2. DNI Afiliado Titular y Afiliado que recibe la prestación
3. Certificado de Discapacidad
4. Certificado de alumno regular. Deben presentarlo al **comienzo, mediados y finalización del año lectivo**. (Pg. 6)
5. Conformidad de prestaciones – Anexo III (Pg. 7)
6. Prescripción Médica

La fecha de prescripción debe ser **siempre** anterior al período de prestación solicitado

<b>Nombre y Apellido:</b>	<b>N° D.N.I.:</b>
<b>O. Social: O.S.P.A.G.A</b>	
Rp./	
<b>-SOLICITO:</b> Prestación a solicitar	
<b>-CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES</b> (Ej. 2 sesiones semanales)	
<b>-PERÍODO</b>	
<b>-DIAGNÓSTICO</b>	
<b>-FECHA:</b> Debe ser anterior al período solicitado	
_____ Firma y Sello (Médico Tratante)	

6. Resumen de Historia Clínica (Pg. 8 y 9)
7. Presupuesto + Consentimiento Bilateral (Pg. 10)
8. Informe evolutivo y final 2022 (En caso que haya recibido prestaciones. La fecha del informe debe ser Diciembre 2022)

10. Informe de evaluación inicial (En caso que comience una nueva prestación). En el deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación
11. Informe evolutivo de la prestación. La fecha de emisión debe ser posterior/igual a la fecha del pedido médico y anterior al comienzo de la prestación. Debe detallar:
  - Período de abordaje y modalidad de prestación
  - Descripción de las intervenciones realizadas con el beneficiario y su núcleo de apoyo
  - Resultados alcanzados
12. Plan de tratamiento. La fecha de emisión debe ser posterior/igual a la fecha del pedido médico y anterior al comienzo de la prestación. Debe detallar:
  - Período y modalidad de prestación
  - Objetivos específicos de abordaje
  - Estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos
  - Objetivos a corto y mediano plazo
  - Estado actual del beneficiario
13. Título Habilitante
14. Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud
15. Matrícula correspondiente al ejercicio profesional
16. Habilitación sanitaria del consultorio expedida por autoridad competente o colegio de Profesionales
17. Constancia de Opción/Inscripción en la Afip
18. Seguro de mala praxis/responsabilidad civil
19. Declaración de CBU (Pg. 11)
20. Fotocopia de CBU (Extracto Bancario)

**ACTUALIZACION DE DATOS**

**Completar todos los campos del formulario**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos del afiliado al que se brindará la prestación**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Datos Familiares**

*Se solicita por favor detallar mínimo un teléfono y una dirección de e-mail para facilitar la comunicación.*

**Padre / Madre / Tutor**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Padre / Madre / Tutor**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Firma de padre/madre/tutor**

**Vínculo**

**Aclaración**

**Firma de padre/madre/tutor**

**Vínculo**

**Aclaración**

**CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR**

Colegio: \_\_\_\_\_

CUE N°: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Alumno: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Se hace constar que el alumno \_\_\_\_\_ con DNI

\_\_\_\_\_ es alumno regular de \_\_\_\_\_ grado/año, turno \_\_\_\_\_ . Se encuentra matriculado para

el año 20\_\_ en el grado/año \_\_\_\_\_ del turno \_\_\_\_\_ en el horario de \_\_\_\_\_ .

Se extiende esta constancia en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año

\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
**Firma Autoridad del Colegio**

\_\_\_\_\_  
**Sello del Colegio**

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos del afiliado al que se brindará la prestación**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

**Consentimiento**

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo (\_\_\_\_) N° \_\_\_\_\_ doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. **Prestación:** \_\_\_\_\_  
**Prestador:** \_\_\_\_\_  
**Período:** Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

2. **Prestación:** \_\_\_\_\_  
**Prestador:** \_\_\_\_\_  
**Período:** Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

3. **Prestación:** \_\_\_\_\_  
**Prestador:** \_\_\_\_\_  
**Período:** Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

4. **Prestación:** \_\_\_\_\_  
**Prestador:** \_\_\_\_\_  
**Período:** Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:**

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Manifiesto ser el familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s  
prestación/es detalladas precedentemente.

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

**Datos del afiliado**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes de Enfermedad**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Tuvo Accidentes? SI – NO / ¿Qué tipo de accidente?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Presenta Cirugías – Internaciones? SI - NO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**PRESTACION DE APOYO**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos del afiliado**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

**Datos de la prestación**

Prestación / Especialidad: \_\_\_\_\_

Cantidad de Sesiones Semanales: \_\_\_\_\_ Cantidad de Sesiones Mensuales Aprox: \_\_\_\_\_

**Datos del prestador**

Nombre y Apellido / Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

N° CUIT: \_\_\_\_\_ Condición frente al IVA: \_\_\_\_\_

**Cronograma de Asistencia**

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Domicilio REAL donde se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

**Período**

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Valor Sesión: \$ \_\_\_\_\_ Valor Mensual: \$ \_\_\_\_\_ Sujeto a resolución vigente

**CONSENTIMIENTO BILATERAL**

Presto conformidad para la prestación de \_\_\_\_\_ a cargo del profesional

\_\_\_\_\_ a efectuarse en el domicilio \_\_\_\_\_

en la localidad de \_\_\_\_\_ durante el período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Profesional actuante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**DECLARACION DE CBU PARA PROFESIONALES / INSTITUCIONES / TRANSPORTES**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por medio de la presente, cumpro en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

- Caja de ahorro N°: \_\_\_\_\_
- CBU: \_\_\_\_\_
- Banco: \_\_\_\_\_
- Mail: \_\_\_\_\_

ESTOS DATOS SOLO TIENEN VALIDEZ CON LA PRESENTACIÓN DEL EXTRACTO BANCARIO QUE LOS CERTIFIQUE

\_\_\_\_\_  
*Firma y Sello de Profesional / Responsable de  
Transporte / Responsable de Institución*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*

\_\_\_\_\_  
*D.N.I.*

**SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos del afiliado**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de la prestación de \_\_\_\_\_  
a cargo de \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_.  
El motivo por el cual se solicita la baja es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asimismo, solicito el alta de dicha prestación a cargo de la profesional y/o institución \_\_\_\_\_  
a partir de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Vínculo

**SOLICITUD DE BAJA DE PRESTACIÓN**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Datos del afiliado**

---

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de la prestación de \_\_\_\_\_  
a cargo de \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_.  
El motivo por el cual se solicita la baja es \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma

---

Aclaración

---

D.N.I.

---

Vínculo

**SUSPENSION TEMPORARIA DE TRATAMIENTO**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

***Datos del afiliado***

---

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_ informo que durante los meses de \_\_\_\_\_ del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la prestación de (ej. Fonoaudiología, Psicopedagogía, Transporte) \_\_\_\_\_ con el profesional y/o institución \_\_\_\_\_.

El motivo por el cual no asistió es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma Titular*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*

\_\_\_\_\_  
*D.N.I.*

\_\_\_\_\_  
*Vínculo*