

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 POR MÓDULO	10
PRESUPUESTO + CONSENTIMIENTO BILATERAL POR HORA	11
ACTA ACUERDO PARA INTEGRACIÓN ESCOLAR	12
DECLARACIÓN DE CBU	13
SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR	14
SOLICITUD BAJA DE PRESTACIÓN	15
SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO	16

## 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

## MAESTRO DE APOYO

Proceso de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado EXCLUSIVAMENTE por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES, con títulos habilitantes. Implica una **carga horaria mínima de 24 hs mensuales**, caso contrario se considerará como valor hora.

El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo tiempo.

### **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>O. Social: O.S.P.A.G.A</b>	<b>N° D.N.I.:</b>
Rp./	
<b>-SOLICITO MAESTRO DE APOYO</b>	
<b>-CANTIDAD DE DÍAS POR SEMANA Y CANTIDAD DE HS POR DÍA</b>	
<b>-PERÍODO (Marzo a Diciembre 2023)</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 según corresponda (Pg. 10 y 11)
8. Acta acuerdo firmada entre partes intervinientes: Responsable del afiliado, institución educativa común, institución que brinda la integración escolar (Pg. 12)
9. 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 y analítico
14. Constancia de Opción/Inscripción en la Afip
15. Seguro de mala praxis/responsabilidad civil
16. Declaración de CBU (Pg. 13)
17. 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**

---

---

---

---

---





**MODULO MAESTRO DE APOYO**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

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

**Datos del afiliado**

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

**Datos de la prestación**

Cantidad de horas diarias: \_\_\_\_\_ Cantidad de horas mensuales: \_\_\_\_\_

**Datos del prestador**

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

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

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

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

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

**Cronograma de Actividad Áulica**

<i>Días</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>
<i>Desde</i>					
<i>Hasta</i>					

Institución / Escuela **común** en la que se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

Domicilio de la Institución: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Ciudad de: \_\_\_\_\_

**Período**

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

Valor hora: \$ \_\_\_\_\_ 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

**MAESTRO DE APOYO (POR HORA)**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

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

**Datos del afiliado**

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

**Datos de la prestación**

Cantidad de horas diarias: \_\_\_\_\_ Cantidad de horas mensuales: \_\_\_\_\_

**Datos del prestador**

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

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

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

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

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

**Cronograma de Actividad Áulica**

<i>Días</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>
<i>Desde</i>					
<i>Hasta</i>					

Institución / Escuela **común** en la que se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

Domicilio de la Institución: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Ciudad de: \_\_\_\_\_

**Período**

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

Valor hora: \$ \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Aclaración

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

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

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR**

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

En el día de la fecha, en la ciudad de \_\_\_\_\_ se establece el presente acuerdo entre la Escuela \_\_\_\_\_ con domicilio sito en \_\_\_\_\_ representada por \_\_\_\_\_, la Maestra de Apoyo / el equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por \_\_\_\_\_ y la familia del alumno/a \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ representado por \_\_\_\_\_ para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año \_\_\_\_\_ Sala / Grado / Año \_\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_ en los días y horarios: \_\_\_\_\_  
Período: \_\_\_\_\_

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 Ministerio 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/la alumno/a 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 de responsable de Escuela  
Común donde se brindará la prestación*

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre / madre / tutor*

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello de Maestro / Equipo  
AIE*

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

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

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

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*

\_\_\_\_\_  
*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*