

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

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

(011) 4610-9200

integracionprestador@ospaga.com.ar

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

(011) 4610-9200

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

FONOAUDIOLOGÍA	Lic. en Fonoaudiología Fonoaudiólogos
KINESIOLOGÍA	Lic. en Kinesiología Kinesiólogos
MUSICOTERAPIA	Lic. en Musicoterapia Musicoterapeutas
PSICOPEDAGOGÍA	Lic. en Psicopedagogía Psicopedagogos Universitarios
PSICOLOGÍA	Lic. en Psicología Psicólogos
PSICOMOTRICIDAD	Lic. en Psicomotricidad Psicomotricista Técnicos Universitarios en Psicomotricidad
TERAPIA OCUPACIONAL	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

TERAPIA DE REHABILITACIÓN

Aquella que recibe una persona con discapacidad y que no corresponde como prestación de apoyo, es decir, no es una única prestación que funcione 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. El máximo de horas será de hasta (6 seis) horas semanales.

La prestación 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

Nombre y Apellido:	
O. Social: O.S.P.A.G.A	N° D.N.I.:
Rp./	
-SOLICITO: Prestación a solicitar	
-CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES (Ej. 2 sesiones semanales)	
-PERÍODO	
-DIAGNÓSTICO	
-FECHA: 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

TERAPIA DE REHABILITACIÓN

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 periodo 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 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

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