

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

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

MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO

Comprende atención de semana completa (5 días), con más de una especialidad. Se debe detallar el tipo de módulo, las prestaciones solicitadas/brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

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>

Documentación Requerida:

1. Planilla de actualización de datos (Pg. 4)
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. 5)
5. Conformidad de prestaciones – Anexo III (Pg. 6)
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. 7 y 8)
7. Presupuesto + Consentimiento Bilateral (Pg. 9)
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. Informe coordinado entre profesionales intervinientes. La fecha de emisión debe ser posterior/igual a la fecha del pedido médico y anterior al comienzo de la prestación

13. 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
14. Constancia de Inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación
15. Habilitación de la institución
16. Constancia de Opción/Inscripción en la Afip
17. Seguro de mala praxis/responsabilidad civil
18. Declaración de CBU (Pg. 10)
19. 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

MÓDULO INTEGRAL SIMPLE / INTENSIVO

Lugar de emisión: _____

Fecha: ___/___/___

Datos del afiliado

Nombre y Apellido: _____ N° DNI: _____

Datos del prestador

Nombre y Apellido: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ E-Mail: _____

N° CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____

Datos de la prestación

Módulo Integral Simple

Módulo Integral Intensivo

Prestaciones a brindar (aclarar cantidad de sesiones semanales de cada una):

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Cronograma de Asistencia

Por favor indicar horario de comienzo y de finalización de cada prestación

Prestaciones	Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Período

Desde: _____ Hasta: _____ Año: _____

Valor Semanal: \$ _____ Valor mensual: \$ _____ Sujeto a resolución vigente

CONSENTIMIENTO BILATERAL

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo de la Institución
_____ 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 Responsable de la Institución

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

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