OSPIA

Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación

SOLICITUD DE MÓDULO INTEGRAL
ÁREA DISCAPACIDAD (AÑO 2027)

TIPO DE MÓDULO (marcar una sola opción)

[ ] Módulo Integral Intensivo [ ] Módulo Integral Simple [ ] Módulo Estimulación Temprana

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: _____ **N° de Afiliado:** _____

DNI: _____ **Diagnóstico:** _____

PRESTACIÓN / ESPECIALIDAD	1x sem	2x sem	3x sem	FRECUENCIA / OTRA / TOTAL MENSUAL
Fonoaudiología	[ ]	[ ]	[ ]	Otra: _____ Total: _____ ses/mes
Psicopedagogía	[ ]	[ ]	[ ]	Otra: _____ Total: _____ ses/mes
Psicomotricidad	[ ]	[ ]	[ ]	Otra: _____ Total: _____ ses/mes
Kinesiología	[ ]	[ ]	[ ]	Otra: _____ Total: _____ ses/mes
Terapía Ocupacional	[ ]	[ ]	[ ]	Otra: _____ Total: _____ ses/mes
Psicología	[ ]	[ ]	[ ]	Otra: _____ Total: _____ ses/mes
Hidroterapia	[ ]	[ ]	[ ]	Otra: _____ Total: _____ ses/mes
Musicoterapia	[ ]	[ ]	[ ]	Otra: _____ Total: _____ ses/mes

FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL (breve)

_____

PERÍODO DE INDICACIÓN

Desde: ____ / ____ / 2027 **Hasta:** ____ / ____ / 2027

_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

Matrícula Profesional: _____

Especialidad: _____

Fecha de emisión: ____ / ____ / 2027

Esta solicitud no autoriza por sí sola la prestación. Sujeta a auditoría médica y autorización de Ospia según normativa vigente.