OSPIA

Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación

SOLICITUD INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN
ÁREA DISCAPACIDAD

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: _____ **DNI:** _____

Diagnóstico: _____ **N° de Afiliado:** _____

PRESTACIÓN SOLICITADA (marcar una sola opción)

[ ] Fonoaudiología

[ ] Psicomotricidad

[ ] Psicología

[ ] Maestra de Apoyo (menor a 32 hs mensuales)

[ ] Psicopedagogía

[ ] Kinesiología

[ ] Hidroterapia

[ ] Módulo Maestro de Apoyo (superior a 32 hs mensuales)

[ ] Terapia Ocupacional

[ ] Musicoterapia

[ ] Módulo de Apoyo a la Integración Escolar - Equipo

FRECUENCIA, PERÍODO Y FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL

FRECUENCIA TERAPÉUTICA	PERÍODO DE INDICACIÓN	FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL (breve)
[ ] 1 vez por semana [ ] 2 veces por semana [ ] 3 veces por semana [ ] Otra: _____ **TOTAL MENSUAL:** _____ sesiones/mes	Desde: ____ / ____ / 2027 Hasta: ____ / ____ / 2027	_____ _____ _____ _____ _____

Matrícula Profesional: _____ **Especialidad:** _____

_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

Fecha de emisión: ____ / ____ / 2027

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