

## INSTRUCTIVO DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

### INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES

- 1) Todo formulario y/o planilla de Plan de Trabajo y Presupuesto debe ser presentado conforme los modelos adjuntos que correspondan.
- 2) Para solicitar cobertura a OSPAC **se deberá presentar toda la documentación solicitada en forma conjunta**, sin excepción.
- 3) **NO** se recibirán entregas parciales o que no cumplan con los requisitos solicitados.
- 4) Todo formulario y/o planilla a completar por los Profesionales o Instituciones que brinden las prestaciones de rehabilitación, debe confeccionarse **con misma letra y tinta azul o negra, sin enmiendas ni tachaduras** (de no ser así, será motivo de rechazo de recepción).
- 5) **En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura requerida.**
- 6) OSPAC no dará cobertura a prestaciones de rehabilitación/terapias que sean realizadas con Profesionales o Instituciones que no se encuentren inscriptos/categorizados en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud o Servicio Nacional de Rehabilitación, según corresponda.

### INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES SOBRE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- 1) Los formularios y/o planillas son de **presentación obligatoria**, sin excepción.
- 2) El inicio de las terapias/prestaciones de rehabilitación **SIN AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSPAC**, es de exclusiva responsabilidad del afiliado y del Profesional o Institución, y **no obliga a OSPAC a cubrir dichas prestaciones/terapias.**
- 3) Todos los formularios y/o planillas que se presenten deberán poseer **fecha de suscripción y de presentación ante OSPAC de forma previa al inicio de la prestación de rehabilitación.**
- 4) La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no genera derecho alguno al Profesional o Institución a cargo de las prestaciones de rehabilitación a continuar con la realización de la prestación en cuestión **sin la previa autorización de OSPAC**, ni obliga a la obra social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- 5) **En ningún caso OSPAC autorizará, ni abonará, más de una sesión de rehabilitación por día de la misma especialidad.**
- 6) El **equipo interdisciplinario de OSPAC** podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar el diagnóstico, el estado de salud del afiliado, la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo Auditoría Médica modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo con las conclusiones de la evaluación que realice.

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- 1) Plan de Trabajo con descripción de objetivos propuestos y evolución del tratamiento.
- 2) Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud o del Servicio Nacional de Rehabilitación, con su respectiva categorización, según corresponda.
- 3) Título habilitante, constancia de matriculación y habilitación de consultorios en los casos de profesionales individuales.

## FORMULARIO DE PLAN DE TRABAJO DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Debe ser completado en su totalidad, sin excepción, por el **Profesional o Institución que brindará las terapias/prestaciones de rehabilitación prescriptas por el Médico tratante Especialista en la Discapacidad involucrada**. Se solicita **letra clara, en tinta azul o negra**. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.

En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o planes de trabajos que sean extendidos y que estén a cargo de un profesional familiar directo del afiliado.

**No se recepcionará documentación incompleta.** Debe presentarse junto al formulario:

<u>Certificado de Matricula</u>	<u>Constancia de RNP</u>	<u>Fotocopia del Título</u>	<u>Habilitación de Consultorio</u>

Las bonos de autorización deben ser solicitadas durante mes en curso. No se autorizará a mes vencido.

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado /  
responsable

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional

\_\_\_\_\_  
Sello y fecha de recepción

### DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:

Afiliado N°:  Plan:

Fecha de nacimiento:  /  /  Edad:  Género:

### DATOS DEL PROFESIONAL QUE BRINDA PRESTACIONES DE APOYO

Nombre y Apellido:

Domicilio:  Localidad:

Teléfonos:  C.U.I.T.:

Email:



## PRESUPUESTO Y PLAN DE TRABAJO PARA INSTITUCIONES

Completar este formulario solo si realizan prestaciones en una institución, llenar con todas las prestaciones que se realiza y adjuntar FORMULARIO DE PLAN DE TRABAJO DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN y documentación de cada profesional, además de la Habilitación y RNP de la institución.

### Datos del Prestador

Razón Social:

Domicilio:  Localidad:

Email:  Teléfono:

CUIT:  Condición frente al I.V.A.:

Director de la Institución:

### Datos de la Prestación

Período: desde  hasta  año 2025

Cantidad de sesiones semanales y mensuales:

Valor del Módulo: \$

	Días	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	Horarios	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											
Terapia											

Firma, aclaración y sello del Director de la Institución :