

## AMPLIACION DE INFORMACIÓN

### OBRA SOCIAL DE LA ALIMENTACION (OSPIA)

- Deberán separarse los afiliados del PLAN A, del resto de los planes, presentándose en forma separada. Conformando de esta manera dos obras sociales diferentes. (OSPIA:032 PLAN A) – OSPIA: 232 PLANES DISTINTOS DE PLAN A)
- A partir 1ª de abril del corriente año, los afiliados de la misma, abonarán en los consultorios las diferencias impresas en los bonos de prácticas médicas y/o consultas.
- Los bonos de consultas ambulatorias contarán con identificación por especialidad del médico actuante. La no coincidencia será motivo de débito.

Se adjunta modelo:

<p style="text-align: center;"><b>BONO CONSULTA OSPIA Pcia. Bs. As.</b> TALÓN PARA LA OBRA SOCIAL PROFESIONAL</p> <p style="text-align: center;"><b>EXCLUSIVO: MEDICOS ESPECIALISTAS</b>      Nº 000551</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0</td> <td style="width: 30%;">LUGAR DE EMISION</td> <td style="width: 40%;">FECHA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.</td> <td style="width: 30%;">Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO</td> <td style="width: 40%;">CÓDIGO PLAN</td> </tr> <tr> <td colspan="3">APELLIDO Y NOMBRE</td> </tr> <tr> <td colspan="3">DOMICILIO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESTABLECIMIENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nº de Orden de Referencia</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">Fecha del Diagnóstico</td> <td style="width: 30%;">Módulo o Diagnóstico</td> <td style="width: 40%;">Fecha y Hora Práctica</td> </tr> </table>	OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0	LUGAR DE EMISION	FECHA	ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.			BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.	Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO	CÓDIGO PLAN	APELLIDO Y NOMBRE			DOMICILIO			ESTABLECIMIENTO			Nº de Orden de Referencia			Fecha del Diagnóstico	Módulo o Diagnóstico	Fecha y Hora Práctica	<p style="text-align: center;"><b>BONO CONSULTA OSPIA Pcia. Bs. As.</b> TALÓN PARA LA OBRA SOCIAL</p> <p style="text-align: center;"><b>EXCLUSIVO: MEDICOS ESPECIALISTAS</b>      Nº 900551</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0</td> <td style="width: 30%;">LUGAR DE EMISION</td> <td style="width: 40%;">FECHA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.</td> <td style="width: 30%;">Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO</td> <td style="width: 40%;">CÓDIGO PLAN</td> </tr> <tr> <td colspan="3">APELLIDO Y NOMBRE</td> </tr> <tr> <td colspan="3">DOMICILIO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESTABLECIMIENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nº de Orden de Referencia</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">Fecha del Diagnóstico</td> <td style="width: 30%;">Módulo o Diagnóstico</td> <td style="width: 40%;">Fecha y Hora Práctica</td> </tr> </table>	OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0	LUGAR DE EMISION	FECHA	ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.			BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.	Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO	CÓDIGO PLAN	APELLIDO Y NOMBRE			DOMICILIO			ESTABLECIMIENTO			Nº de Orden de Referencia			Fecha del Diagnóstico	Módulo o Diagnóstico	Fecha y Hora Práctica
OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0	LUGAR DE EMISION	FECHA																																															
ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.																																																	
BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.	Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO	CÓDIGO PLAN																																															
APELLIDO Y NOMBRE																																																	
DOMICILIO																																																	
ESTABLECIMIENTO																																																	
Nº de Orden de Referencia																																																	
Fecha del Diagnóstico	Módulo o Diagnóstico	Fecha y Hora Práctica																																															
OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0	LUGAR DE EMISION	FECHA																																															
ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.																																																	
BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.	Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO	CÓDIGO PLAN																																															
APELLIDO Y NOMBRE																																																	
DOMICILIO																																																	
ESTABLECIMIENTO																																																	
Nº de Orden de Referencia																																																	
Fecha del Diagnóstico	Módulo o Diagnóstico	Fecha y Hora Práctica																																															
<p style="text-align: center;"><b>BONO CONSULTA OSPIA Pcia. Bs. As.</b> TALÓN PARA LA OBRA SOCIAL PROFESIONAL</p> <p style="text-align: center;"><b>EXCLUSIVO: MEDICOS DE FAMILIA / GENERALISTAS / PEDIATRAS / TOCOGINECOLOGOS</b>      Nº 000551</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0</td> <td style="width: 30%;">LUGAR DE EMISION</td> <td style="width: 40%;">FECHA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.</td> <td style="width: 30%;">Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO</td> <td style="width: 40%;">CÓDIGO PLAN</td> </tr> <tr> <td colspan="3">APELLIDO Y NOMBRE</td> </tr> <tr> <td colspan="3">DOMICILIO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESTABLECIMIENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nº de Orden de Referencia</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">Fecha del Diagnóstico</td> <td style="width: 30%;">Módulo o Diagnóstico</td> <td style="width: 40%;">Fecha y Hora Práctica</td> </tr> </table>	OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0	LUGAR DE EMISION	FECHA	ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.			BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.	Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO	CÓDIGO PLAN	APELLIDO Y NOMBRE			DOMICILIO			ESTABLECIMIENTO			Nº de Orden de Referencia			Fecha del Diagnóstico	Módulo o Diagnóstico	Fecha y Hora Práctica	<p style="text-align: center;"><b>BONO CONSULTA OSPIA Pcia. Bs. As.</b> TALÓN PARA LA OBRA SOCIAL</p> <p style="text-align: center;"><b>EXCLUSIVO: MEDICOS DE FAMILIA / GENERALISTAS / PEDIATRAS / TOCOGINECOLOGOS</b>      Nº 900551</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0</td> <td style="width: 30%;">LUGAR DE EMISION</td> <td style="width: 40%;">FECHA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.</td> <td style="width: 30%;">Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO</td> <td style="width: 40%;">CÓDIGO PLAN</td> </tr> <tr> <td colspan="3">APELLIDO Y NOMBRE</td> </tr> <tr> <td colspan="3">DOMICILIO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESTABLECIMIENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nº de Orden de Referencia</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">Fecha del Diagnóstico</td> <td style="width: 30%;">Módulo o Diagnóstico</td> <td style="width: 40%;">Fecha y Hora Práctica</td> </tr> </table>	OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0	LUGAR DE EMISION	FECHA	ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.			BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.	Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO	CÓDIGO PLAN	APELLIDO Y NOMBRE			DOMICILIO			ESTABLECIMIENTO			Nº de Orden de Referencia			Fecha del Diagnóstico	Módulo o Diagnóstico	Fecha y Hora Práctica
OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0	LUGAR DE EMISION	FECHA																																															
ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.																																																	
BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.	Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO	CÓDIGO PLAN																																															
APELLIDO Y NOMBRE																																																	
DOMICILIO																																																	
ESTABLECIMIENTO																																																	
Nº de Orden de Referencia																																																	
Fecha del Diagnóstico	Módulo o Diagnóstico	Fecha y Hora Práctica																																															
OBRA SOCIAL (Código) 1, 0, 1, 2, 0, 0	LUGAR DE EMISION	FECHA																																															
ALIMENTACION PROVINCIA DE BS. AS.																																																	
BENEFICIARIO (M. M. F.) CAT. PLAN EDAD SEXO M. F.      M. F.      M. F.      M. F.	Fecha Prescripción DIA / MES / AÑO	CÓDIGO PLAN																																															
APELLIDO Y NOMBRE																																																	
DOMICILIO																																																	
ESTABLECIMIENTO																																																	
Nº de Orden de Referencia																																																	
Fecha del Diagnóstico	Módulo o Diagnóstico	Fecha y Hora Práctica																																															