

INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD PARA EL AÑO 2027

Toda la documentación solicitada está sujeta a modificación según resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud y, teniendo en cuenta la resolución 887-E/2017 y sus modificaciones hacemos llegar a Uds. el ***Instructivo de Discapacidad para el año 2027.***

- Ante cualquier consulta el mail de contacto es osipadiscapautorizaciones@gmail.com

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO: enviar en el orden que figura a continuación

- ORDEN MEDICA Y RESUMEN DE HISTORIA CLINICA, SEGÚN INSTRUCTIVO
- FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD **VIGENTE** PARA EL PERÍODO PRESENTADO, PRORROGA O CONSTANCIA DE TRAMITE (dos copias).
- CUIL DEL BENEFICIARIO
- CODEM ACTUALIZADO DEL ANSES
- FOTOCOPIA DEL DNI DE BENEFICIARIO Y DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL Ambos lados
- FOTOCOPIA DEL CARNET VIGENTE, SI NO LO TIENE DEBEN SOLICITARLO EN OBRA SOCIAL ambos lados.
- ULTIMO HABER MENSUAL O EN CASO DE SER MONOTRIBUTISTA ÚLTIMOS 6 PAGOS.
- CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR.

TODO ESTO DEBERA SER PRESENTADO POR LA FAMILIA EN ESTE ORDEN, EN UN SOLO DOCUMENTO EN FORMATO PDF A:

osipadiscapautorizaciones@gmail.com

DOCUMENTACIÓN DEL MÉDICO

- PRESCRIPCIÓN ORIGINAL CON FECHA ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO REALIZADO (anexo 1).
- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICO PARA DISCAPACIDAD ORIGINAL CON FECHA ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO (anexo 2).
- EN CASO DE QUE SE PRESCRIBA TRANSPORTE SE DEBERÁ PRESENTAR LA SOLICITUD DE TRANSPORTE (anexo 3).
- EN LOS CASOS DE SOLICITAR DEPENDENCIA SE DEBERÁ PRESENTAR EL INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) CONFECCIONADO POR T.O O MÉDICO TRATANTE.

ANEXO 1 - PRESCRIPCIÓN MÉDICA

RNOS 114208

Fecha:/...../202..

DATOS PERSONALES

Apellido Y Nombre:

Fecha nacimiento: DNI:

Beneficiario OSIPA n°.....

Diagnóstico:
.....
.....
.....

PRESTACIONES SOLICITADAS PARA EL 2027

.....

FIRMA Y SELLO

del Médico Tratante

...../...../2027

ANEXO 2 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA /RNOS 114208

Nombre y Apellidos:.....

Domicilio:.....

Fecha de nacimiento: Edad: Sexo:.....

Documento tipo y número:.....Nºde Beneficiario:

.....

Nacionalidad:.....

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:

.....

Teléfono contacto:

Diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

Descripción integral de la condición de salud del beneficiario

.....

.....

.....

.....

.....

Plan terapéutico indicado: (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación del Prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento, cantidad de sesiones):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dependencia:

SI NO (señalar lo que corresponda)

Justificación clínica de la dependencia: (especificando puntaje en escala FIM)

.....

Firma medico tratante

.....

sello medico tratante.

fecha/...../.....

ANEXO 3 - SOLICITUD DE TRANSPORTE RNOS 114208

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:

DNI-LE-CI-LC:

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:

TURNO HORARIO:

HERMANOS:

ACTIVIDADES:

DIAGNOSTICO:

DSM IV-CIE X:

DEFICIENCIA:

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA IMPOSIBILIDAD PARA MOVILIZARSE EN
TRANSPORTE PÚBLICO:

.....

Firma medico tratante

.....

sello medico tratante