



## **Instructivo para MÉDICOS**

### **Prestaciones de discapacidad**

**Equipo interdisciplinario y Equipo de Integración  
Obra Social del Personal de la Industria Molinera**

## CANALES DE COMUNICACIÓN

Por cualquier duda que Ud. posea respecto a este Instructivo, puede contactarse a las siguientes vías de comunicación:

### **CENTRO DE ATENCIÓN AL BENEFICIARIO**

Te: 0810-345-0208

### **POR CONSULTAS AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE OSPIM**

Correo electrónico [cud@ospim.org.ar](mailto:cud@ospim.org.ar)

Indicando los datos que permitan individualizar al beneficiario

## **IMPORTANTE:**

### **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:**

Para acceder a las prestaciones, el certificado de discapacidad del afiliado debe estar vigente durante toda la prestación. Si está próximo a vencer, debe solicitarse su renovación.

### **DOCUMENTACIÓN MÉDICA:**

La documentación debe ser presentada en original.

Las órdenes médicas y la presentación son ANUALES.

La orden médica debe estar completada **de puño y letra** por el médico prescriptor.

Deben evitarse errores en los datos (tachaduras, enmiendas). En caso de que existan, deben estar correctamente salvados por el profesional (firma y sello)

### **TABLA FIM:**

En caso de solicitar dependencia, debe acompañarse la tabla FIM debidamente firmada y sellada.

## **DOCUMENTACIÓN MÉDICA**

### **LA ORDEN MÉDICA:**

La orden médica debe contener:

- Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, edad, género y diagnóstico.
- Cantidad de sesiones semanales, en caso de terapias. Si se solicita concurrencia a Institución (Escuela Especial, CET, Centro de Día, Apoyo a la integración escolar, etc.) deberá especificar tipo de Jornada, Simple o Doble y en el caso de acceder a una institución, el médico no debe detallar el nombre de la misma en la orden.
- Período prestacional ej: (Enero a Diciembre 2023)
- En caso beneficiarios **dependientes**, la dependencia deberá estar detallada en las Órdenes Médicas. Se deberá indicar cuáles son los apoyos específicos que requerirá el beneficiario que justifiquen el pedido de dependencia.
- Sello y firma del profesional.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.

**IMPORTANTE:**

**No se aceptarán pedidos de cobertura a prestaciones que sean retroactivas a la fecha del pedido médico.**

**Tampoco se brindará cobertura cuando no exista CUD vigente para la fecha de prestación.**

**JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE:**

- Datos del afiliado: Nombre y apellido, DNI, edad, género y diagnóstico.
- Cantidad de viajes semanales (detallar ida y vuelta)
- Período prestacional ej: (Enero a Diciembre 2023).
- Detalle de domicilio de salida y domicilio de Llegada/Prestación a la cual se dirige.
- Sello y firma del profesional.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación.
- En caso de que la discapacidad no sea motora, el profesional debe justificar los riesgos a los que el beneficiario se hallaría expuesto en casos de utilizar el transporte público.
- En caso de solicitar transporte con dependencia, se debe especificar qué tipo de asistencia debe brindar el transportista para justificar la dependencia.

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:**

Debe especificar el nombre y apellido del paciente, número de DNI, diagnóstico, antecedentes, comorbilidades, evolución, diagnóstico. La fecha de emisión debe ser anterior al comienzo de la prestación.

Debe estar firmado y sellado por el médico tratante.

**FORMULARIO FIM (independencia funcional) :** En caso de requerir dependencia en pacientes a partir de los 6 años de edad.

**En todos los casos los médicos prescriptores deben indicar medios de comunicación fehacientes (email y número telefónico) para que el equipo interdisciplinario los pueda contactar en caso de requerir información adicional sobre los tratamientos indicados. Los médicos tratantes deberán confeccionar y enviar informes si el equipo interdisciplinario así lo solicita.**