



Instructivo para MÉDICOS

Prestaciones de discapacidad

Edición 2020

Version 0 13112019

**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

Whatsapp 1155847047

Correo electrónico cab@ospim.org.ar

POR CONSULTAS AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE OSPIM

Correo electrónico 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, sexo 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 2018)
- En caso beneficiarios **dependientes**, la misma deberá estar detallada en las Órdenes Médicas
- 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, sexo y diagnóstico.
- Cantidad de viajes semanales (detallar ida y vuelta)
- Período prestacional ej: (Enero a Diciembre 2018).
- 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 el caso 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.

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: En caso de requerir dependencia en pacientes a partir de los 6 años de edad.