



OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE DESPACHANTES DE ADUANA

**DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL PROFESIONAL MÉDICO  
PARA LA COBERTURA DE TRATAMIENTO POR DISCAPACIDAD**

- Resumen de Historia Clínica, confeccionada por el médico tratante **externo a la institución** donde realizará tratamiento el paciente, en el que se debe consignar:
  - Nombre y Apellido del paciente.
  - DNI
  - Diagnóstico
  - Antecedentes relevantes
  - Descripción integral de la condición de salud y datos significativos de la persona con discapacidad; y de las prestaciones que recibe.

***Los datos del médico deben ser legibles: Nombre y Apellido, Especialidad y N° de matrícula***

- **Prescripción** del tratamiento solicitado donde se indique:
  1. Tipo de prestación. (escuela, terapia, transporte, etc.)
  2. Modalidad (jornada simple o doble) y/o cantidad semanal de sesiones.
  3. Período de cobertura.

Por ejemplo: EGB Jornada Doble de enero a diciembre 2025.

Kinesiología 2 sesiones semanales de marzo a diciembre 2025.

***EL PROFESIONAL NO DEBE DETALLAR NINGUNA INSTITUCIÓN PRESTADORA EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA***

- En el caso de solicitar Integración Escolar, **diferenciar**:  
El módulo de **maestra de apoyo** del módulo de apoyo a la **integración escolar (equipo)**.
- En el caso de dependencia de terceros (por la necesidad continua de supervisión), debe consignar la siguiente leyenda:

***El paciente requiere de asistencia personalizada por presentar dependencia de terceros***

### **PEDIDO DE TRANSPORTE:**

- ***En los casos de requerir traslado especial***, se debe adjuntar el pedido de transporte. Detallar en la indicación los mismos datos que para la prescripción médica (enumerados con anterioridad). **Especificar la prestación para la que se indica el traslado** (escuela, centro, terapias).
- ***Cuando la discapacidad no es motora*** justificar en el pedido médico, los **motivos o riesgos** por los que el beneficiario no puede trasladarse en el transporte público (gratuito por ley).
- En el caso de solicitar la prestación de **transporte con dependencia**, es **obligatorio** adjuntar el **formulario FIM**, el mismo debe ser confeccionado por el médico tratante y/o una Lic. en Terapia Ocupacional.

***NO SE ACEPTAN SOLICITUDES DE PEDIDOS DE PRESTACIONES EN LOS SIGUIENTES CASOS:***

- **Comienzo de la prestación retroactiva al pedido médico** (ejemplo la fecha: 01/02/2025, no se podrá pedir prestación con comienzo 01/01/2025). **No se puede iniciar la prestación sin la previa autorización de la Obra Social.**
- **En el caso de que el certificado de discapacidad haya sido expedido con posterioridad al comienzo de la prestación, o se encuentre vencido** (cuando tramitan un nuevo certificado, por favor remitir el mismo a la Obra Social).

***TODAS LAS PRESTACIONES SOLICITADAS DEBEN TENER SU CORRESPONDIENTE PEDIDO MÉDICO (Los datos del médico deben ser legibles: Nombre y Apellido, Especialidad y N° de matrícula)***