OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE DESPACHANTES DE ADUANA

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

A fin de cumplimentar los requisitos necesarios para la autorización, se solicita la siguiente información en un PLAZO NO MAYOR A 15 DIAS PREVIOS A LA INICIACION DEL TRATAMIENTO

- 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 / Nº Afiliado
  - 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. En el caso de transporte, especificar el lugar de traslado (escuela, terapias, etc)
3. Período de cobertura.

Por ejemplo: EGB Jornada Doble de enero a diciembre 2027.

Kinesiología 2 sesiones semanales de marzo a diciembre 2027.

Transporte a escuela de febrero a diciembre 2027.

EL PROFESIONAL NO DEBE DETALLAR EL NOMBRE DE NINGÚN PRESTADOR 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 pedido médico con fecha: 01/02/2027, no se podrá pedir prestación con comienzo 01/01/2027). **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: