***REQUISITOS A CUMPLIMENTAR POR EL PROFESIONAL MÉDICO***

***TRATAMIENTO POR DISCAPACIDAD***

1. Resumen de Historia Clínica, donde conste evolución, confeccionada por el médico tratante externo a la institución donde se asistirá el paciente. Dicho resumen debe consignar:
* Nombre y Apellido del paciente.
* Diagnóstico
* Antecedentes
* Evolución
* Datos significativos de importancia
1. Planilla de FIM.
2. Tratamiento solicitado donde se incluya: tipo de prestación y modalidad, más el período de cobertura. Por ejemplo: EGB Jornada Doble de enero a diciembre 2018 y si requiere transporte. ***NO COLOCAR EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA***
* En el caso que se solicite maestra de apoyo o modulo apoyo a la integración escolar (equipo), aclarar en la prescripción médica dicho tratamiento.
* En los tratamientos ambulatorios se debe especificar la terapia que va a recibir, y la cantidad semanal de sesiones, más el período de cobertura. Por ejemplo: Kinesiología 2 sesiones semanales de marzo a diciembre 2018.
* En los tratamientos ambulatorios se debe especificar la terapia que va a recibir, y la cantidad semanal de sesiones, más el período de cobertura. Por ejemplo: Kinesiología 2 sesiones semanales de marzo a diciembre 2018.
* Dependencia de terceros (por no valerse por sí mismo), la siguiente leyenda:

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

* En los casos en que de requiriese de traslado especial, se deberá adjuntar el pedido de transporte. ***Cuando la discapacidad no sea motora*** deberá especificarse en el pedido del médico tratante los riesgos a los que estaría expuesto el beneficiario al viajar en transporte público.

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

* Comienzo de la prestación retroactiva al pedido médico (ejemplo la fecha: 01/02/2018, no se podrá pedir prestación con comienzo 01/01/2018).
* Cuando el certificado de discapacidad haya sido expedido con posterioridad al comienzo de la prestación, o se encuentre vencido y no tenga turno para su renovación.

***TODAS LAS PRESTACIONES SOLICITADAS DEBEN TENER SU CORRESPONDIENTE PEDIDO MEDICO.***

***Ante cualquier consulta llamar al 4821-3742 o fcamillozzi@ospacp.org.ar***