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

***TRATAMIENTO POR DISCAPACIDAD***

* 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.
* DNI
* Diagnóstico
* Antecedentes
* Evolución
* Datos significativos de importancia
* Planilla de FIM. En el caso de solicitar dependencia y/o transporte.
* Tratamiento solicitado donde se incluya:
1. Tipo de prestación. (escuela, terapia, transporte, etc)
2. Modalidad y/o cantidad semanal de sesiones.
3. Período de cobertura.

Por ejemplo: EGB Jornada Doble de enero a diciembre 2021.

 Kinesiología 2 sesiones semanales de marzo a diciembre 2021.

***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 el caso de 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 de requerir traslado especial***, se deberá adjuntar el pedido de transporte.
* ***Cuando la discapacidad no sea motora*** deberá especificarse en el pedido del médico tratante, los motivos o riesgos por los que no puede viajar en transporte público, debido a que el mismo es gratis por ley.

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

* Comienzo de la prestación retroactiva al pedido médico (ejemplo la fecha: 01/02/2021, no se podrá pedir prestación con comienzo 01/01/2021). No se puede comenzar la prestación sin 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 tramiten el nuevo por favor remitir a la Obra Social.

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

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