

## **DOCUMENTACION SOLICITADA PARA LA COBERTURA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD**

**SR./SRA AFILIADO/A:**

**OSPICA LE INFORMA A USTED QUE PARA ACCEDER AL BENEFICIO QUE SE OTORGA EN CASO DE DISCAPACIDAD LOS REQUISITOS SON LOS SIGUIENTES:**

- 1. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD OTORGADO POR ORGANISMO OFICIAL HABILITADO PARA TAL FIN.  
Importante: de tener certificado vencido y contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo.**
- 2. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TITULAR Y EL BENEFICIARIO.**
- 3. FOTOCOPIA DEL ULTIMO RECIBO DE SUELDO. EN EL CASO DE SER MONOTRIBUTISTA LOS ULTIMOS 3 PAGOS**
- 4. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA CADA 6 MESES FIRMADA POR MEDICO DE CABECERA O ESPECIALISTA DE ACUERDO A LA PATOLOGIA EN ORIGINAL**
- 5. PRESCRIPCIÓN MEDICA , DONDE EL PROFESIONAL INDIQUE EN FORMA CLARA LA PRESTACION SOLICITADA EN ORIGINAL:**
  - a) ESTUDIOS Y/O CIRUGIAS: INDICACIÓN CLARA DE DIAGNOSTICO Y JUSTIFICACION DE LOS MISMOS EN EL CASO QUE ESTEN FUERA DE PMO**
  - b) MEDICACION: INDICAR CON NOMBRE DE LA DROGA, MARCA SUGERIDAD, CANTIDAD, Y PRESENTACION DEL MISMO.**
  - c) PROTESIS / ORTESIS: INDICACION ESPECÍFICA DEL MATERIAL SOLICITADO.**
  - d) MATERIALES DESCARTABLES: INDICACION ESPECIFICA Y CANTIDAD**
  - e) SILLAS DE RUEDAS: CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA SILLA**

**NOTA: LA OBRA SOCIAL TIENE LA OBLIGACION DE DARLE EL SERVICIO, PARA ELLO USTED DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS.**

