

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES – ESQUEMA / PLAN TERAPÉUTICO

IMPORTANTE: 1) La información requerida debe ser consignada, sin excepción alguna, en los formularios con formato definido entregados por la OSPAC. La letra debe ser clara, preferentemente imprenta mayúscula. No se admitirán tachaduras ni enmiendas no salvadas correctamente. En caso contrario, los pertinentes formularios, no serán recibidos por la OSPAC.-

2) A fin que el afiliado pueda acceder a la cobertura que otorga la obra social, el presente formulario debe estar completo en todas sus partes por el Médico responsable del seguimiento del paciente y de la coordinación y/o supervisión del equipo de trabajo. Asimismo la firma de dicho profesional debe ser certificada en el Colegio Médico de la respectiva circunscripción.-

3) En caso de indicarse medicamentos, prótesis, ortesis o elementos ortopédicos, solicitamos completar los formularios pertinentes que ya posee la OSPAC en el sector respectivo.

DATOS DEL AFILIADO

Nombres y apellido:.....

Nro. de afiliado:.....Plan:.....

Edad:..... Peso:.....Altura:.....

Dirección:.....Localidad:.....

Teléfonos:.....

DATOS DEL MÉDICO

Nombres y apellido:.....

Matrícula:.....Especialidad:.....

Dirección:.....Localidad:.....

Teléfonos:.....

Teléfonos en caso de emergencia:.....

Correo electrónico:.....

HISTORIA CLINICA

I) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:.....

.....

.....

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS (otras patologías que inciden negativamente en su grado de discapacidad actual):.....

.....

.....

II) RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA :

.....

.....

.....

.....

II.6) CONSULTAS Y CONTROLES MÉDICOS. FRECUENCIA:.....

II.7) PRESTACIONES INDICADAS. PLAN / ESQUEMA TERAPÉUTICO. FRECUENCIA. DESCRIPCIÓN. VIGENCIA.

EXTENSIÓN PREVISTA DEL PLAN / ESQUEMA TERAPÉUTICO		 meses
PRESTACION	FRECUENCIA (SEMANTAL o MENSUAL)	EXTENSIÓN TOTAL PREVISTA	DETALLES – ACLARACIONES
Fonoaudiología			
Psicología			
Kinesiología			
Estimulación Temprana			
Psicopedagogía			
Terapia Ocupacional			
Hidroterapia			
Centro de día			
Rehabilitación en internación			
Transporte especial (detallar recorrido en km.)			
Otras (detallar)			

Aclaración: En caso de tratarse de una prestación no contemplada en el listado precedentemente referido, detallar el fundamento científico que justifica su procedencia:.....

Observaciones:

II.8) OTROS DATOS DE UTILIDAD:

Firma del médico:

Sello:

Fecha: