



Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial

Resolución OSDG Anterior	Nº
Vencimiento	
Afiliado Nº	

COBERTURA POR DISCAPACIDAD

A- Titular							
Apellido	Nombres						
B- Paciente							
Apellido	Nombres						
Cónyuge <input type="checkbox"/>	Hijo <input type="checkbox"/>	Fam. Adherentes <input type="checkbox"/>	Padres <input type="checkbox"/>	Suegros <input type="checkbox"/>	Nietos <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
F.Nac.	Doc Ident	DNI	LE	LC	CI	Pas	Nº

Datos médicos

Médico tratante		Prestador Nº	
Psiquiatra psicólogo		Prestador Nº	
Diagnósticos			

CERTIFICADO de DISCAPACIDAD

Expedido por		Vigencia		hasta	
Tipo de discapacidad	Motora <input type="checkbox"/>	Mental <input type="checkbox"/>	Visceral <input type="checkbox"/>	Dependiente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

COBERTURAS SOLICITADAS

Consultas médicas	<input type="checkbox"/>	Profesionales		Prestador	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>						
Psicoterapia	<input type="checkbox"/>	Profesionales		Prestador	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>						
Internación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Institución		Prestador	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>						
Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	Internación <input type="checkbox"/>	Institución								
Fisio Kinesioterapia	<input type="checkbox"/>	Frecuencia semanal		Fonoaudiología	<input type="checkbox"/>	Frecuencia semanal		Terapia Ocupac.	<input type="checkbox"/>	Frecuencia semanal	
T. neurocognitivo	<input type="checkbox"/>	Frecuencia semanal		Estimulación temprana	<input type="checkbox"/>	Frecuencia semanal		Equinoterapia	<input type="checkbox"/>	Frecuencia semanal	
Escolaridad	<input type="checkbox"/>	Establecimiento			Jornada simple	<input type="checkbox"/>	Jornada doble	<input type="checkbox"/>			
Centro terapéutico educativo	<input type="checkbox"/>	Centro de Día	<input type="checkbox"/>	Residencia	<input type="checkbox"/>	Hogar permanente	<input type="checkbox"/>	Hogar perm. c/ form. laboral	<input type="checkbox"/>		
Escuela común	<input type="checkbox"/>	Apoyo escolar a la integración escolar	<input type="checkbox"/>	Cantidad de horas diarias	<input type="checkbox"/>	Otras prest. apoyo					
Otras											

Ortesis	<input type="checkbox"/>		Silla de ruedas	Tipo	
Audífonos	<input type="checkbox"/>		Otros		
Contención familiar	Motivos				

MEDICAMENTOS *detalle*

	Monodroga	Dosis / día		Monodroga	Dosis / día
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

TRANSPORTE

Se cubrirá solamente cuando requiera transporte en vehiculos especialmente equipados o existan motivos médicos que imposibiliten de uso de los habituales

Escolar	De		a		Km diarios
At. Médica y/o rehabilitación	De		a	Km por viaje	Viajes x mes
	De		a	Km por viaje	Viajes x mes

Observaciones _____

Fecha

.....
Firma Afiliado Titular

DICTAMEN AUDITORIA

De acuerdo a las normas legales y particulares de la OSPJN y de las constancias e informes médicos, fisiátricos psicológicos, y/o psicopedagógicos presentados, corresponde brindar la siguiente cobertura:

Prestación	Sistema cerrado	Reintegro	Consultas/ sesión /mes	Monto Mensual	Observaciones
Consultas médicas				\$	
Psicoterapia/Psicopedagogía				\$	
Tratamiento neurocognitivo				\$	
Fisiokinesioterapia				\$	
Terapia ocupacional				\$	
Fonouadiología				\$	
Internación Rehabilitación					Institución
Internación psiquiátrica					Institución

Escolaridad	Tipo y categoría instituc. (s/Res. MSA)		\$	Institución
Apoyo a la integración escolar	Exclusivamente en concurrencia a Escuelas comunes		\$	El importe no podrá superar al máximo mensual fijado por Res. MSA y sólo corresponde uno por paciente
Transporte	Escolaridad	Km mes	\$	
	At. Médica y/o rehabilitación	Km mes	\$	

Medicamentos relacionados con la Discapacidad - Cobertura 100% OSPJN provisión por Fcia Social

	Monodroga	Env . x/mes		Monodroga	Env. x/mes
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Otras coberturas

Ortesis		Silla de ruedas	
Audífonos		Pañales	Cantidad mensual Mes \$
Contención familiar	Desde	hasta	Monto mensual \$

Fecha

.....
Firma y sello Médico Auditor