



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

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Resolución OSDG Anterior | Nº |
| Vencimiento              |    |
| Afiliado Nº              |    |

**COBERTURA POR DISCAPACIDAD**

|                                  |                               |  |                                 |                                  |                                 |                               |    |
|----------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----|
| <b>A- Titular</b>                |                               |  |                                 |                                  |                                 |                               |    |
| Apellido                         | Nombres                       |  |                                 |                                  |                                 |                               |    |
| <b>B- Paciente</b>               |                               |  |                                 |                                  |                                 |                               |    |
| 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 | Mental   | Visceral | Dependiente | si no |

**COBERTURAS SOLICITADAS**

|                              |                          |  |                          |                           |                          |                    |                          |                              |                          |                    |  |
|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|--|
| Consultas médicas            | <input type="checkbox"/> | Profesionales                          |                          | Prestador                 | si no                    |                    |                          |                              |                          |                    |  |
| Psicoterapia                 | <input type="checkbox"/> | Profesionales                          |                          | Prestador                 | si no                    |                    |                          |                              |                          |                    |  |
| Internación Psiquiátrica     | <input type="checkbox"/> | Institución                            |                          | Prestador                 | si no                    |                    |                          |                              |                          |                    |  |
| 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