OSIM
OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

Provisión de C-PAP / B-PAP

Le solicitamos tenga a bien leer detenidamente estas instrucciones con el fin de presentar la documentación correspondiente para acceder a la provisión de C-PAP / B-PAP:

- **Copia Pedido Médico** de C PAP o B PAP indicando diagnóstico, tiempo de uso y detalle de tipo de máscara (nasal o buco-nasal)
- **Copia Resumen de Historia Clínica** tipo 2 completo (ver formulario adjunto) Indicando datos del paciente, evolución de patología, tratamientos anteriores y estado actual.
- **Copia Resultado de la Polisomnografía**
- **Copia de Formulario de Proyección Anual** (ver formulario adjunto)

Del mismo modo, se adjuntan los siguientes formularios:

- Resumen de Historia Clínica tipo 2
- Formulario de Proyección Anual B PAP-C PAP

Por favor envíe la documentación completa, sin enmiendas ni tachaduras al siguiente e-mail

info@osim.com.ar

Para mayor información comuníquese al 0810-777-6746
días hábiles de 9 a 18 horas.

OSIM
OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 2 (Prótesis - Cirugía - Ortopedia)

Lugar y Fecha: .....

Nº de Documento: .....

Nombre y Apellido: .....

Antecedentes de enfermedad actual y diagnóstico:

.....

.....

.....

Cómo y cuándo se produjo la lesión:

.....

.....

.....

Estudios complementarios:

.....

.....

.....

Tratamientos anteriores:

.....

.....

.....

.....

Tecnología y/o práctica solicitada:

.....

.....

.....

Altura: ..... Peso: ..... Superficie corporal: .....

Estado actual del paciente:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello del Médico

OSIM
OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

PROYECCION ANUAL BPAP - CPAP

Periodo: ..... (mes) a ..... (mes) de ..... (año)

A COMPLETAR POR EL AFILIADO

Nombre y Apellido: ..... Nº Documento: ..... Red Prestacional: .....

Domicilio de Entrega: .....

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Nombre y Apellido: ..... Especialidad: ..... Matrícula Nº .....

Teléfono: ..... Celular: ..... E-mail: .....

Diagnóstico del paciente: .....

Para ser COMPLETADO por el MEDICO TRATANTE				A cargo de OSIM	
Producto	**Presentación** (Codificación, Tamaño, Talle)	Cant. Diaria	Cant. Mensual	SI / NO	%
		---	---		
		---	---		
		---	---		
		---	---		

.....
Firma y Sello Dpto. P. Médicas

Fecha: ..... **Firma y Sello Medico Tratante:** .....