

CELIAQUÍA

De acuerdo con lo establecido por la ley, OSIM proveerá a sus afiliados la cobertura a través de la modalidad de reintegro.

Le solicitamos tenga a bien leer detenidamente estas instrucciones con el fin de presentar la **documentación para la autorización de la prestación por única vez:**

- **Copia de Resumen de Historia Clínica tipo 1**, completo ([ver formulario adjunto](#))
- **Copia Estudios complementarios:** prueba de los anticuerpos anti-transglutaminasa tisular (tTg), (igA) y/o (igG).

Adicionalmente, a continuación, le detallamos la documentación a presentar para solicitar el reintegro:

- Ticket o factura que deberá cumplir con las normativas vigentes que se detallan:
 - ✓ Identificarse con las letras B o C según corresponda.
 - ✓ CUIT del emisor válido (consultando su validez en www.afip.gov.ar – Constancias de Inscripción)
 - ✓ En caso de tickets fiscales debe ser emitido por un controlador fiscal que tenga validez (En la parte inferior del Ticket debe figurar la leyenda “CF DGI”)
 - ✓ Vigencia: Dentro de los 60 días corridos a partir de la fecha de emisión de la factura/ticket.
- Copia de formulario de actualización de datos completo donde indique el número de CBU al cual debe ser acreditado el reintegro ([descargar el formulario](#))

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

info@osim.com.ar

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

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 1 - Medicamentos

Lugar y Fecha:

Nº de Documento:

Nombre y Apellido:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL Y DIAGNOSTICO:

.....
.....
.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

.....
.....
.....

TRATAMIENTOS ANTERIORES (FECHA/DROGA/DOSIS/TIEMPO):

.....
.....
.....

TRATAMIENTO ACTUAL(DROGA/DOSIS):

.....
.....
.....

ALTURA: PESO:

SUPERFICIE CORPORAL:

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

.....
.....
.....

.....

Firma y Sello del Médico