

Insumos de ortopedia estándar

(Sólo para plantillas, botas Walker, bastones, inmovilizadores, muletas, taloneras, collares y calzados ortopédicos. Para solicitud de otros insumos ortopédicos, ingrese [aquí](#).)

Requisitos para la cobertura

- **Sistema de Autorización/provisión:**

Para autorizar materiales estándar en ortopedias de convenio, deberá enviar a OSIM la siguiente documentación:

- Receta médica detallando la prestación solicitada, vigente dentro de los 30 días corridos a partir de su fecha de emisión.
- Indicar sucursal de [ortopedia habilitada por OSIM](#) donde se enviará la autorización
- Contacto directo del profesional: celular y/o mail. (Se le solicitará para casos específicos.)

Podrá enviar lo solicitado y hacer sus consultas por Whatsapp al [1120401285](tel:1120401285) o vía mail a info@osim.com.ar. También podrá verificar la sección de [preguntas frecuentes de autorizaciones](#) en nuestra página web.

En caso de que por razones de distancia no pueda acceder a nuestras ortopedias de convenio, le ofrecemos la alternativa por sistema de reintegros.

- **Sistema de Reintegros:**

Para solicitar reintegros de ortopedia deberá enviar a OSIM:

1. Receta médica vigente dentro de los 30 días con relación a la fecha de emisión de la factura.
2. Ticket fiscal o Factura B/C, vigente dentro de los 60 días y a nombre del beneficiario.
3. [Formulario](#) de actualización de datos bancarios. También podrá actualizar esta información de manera online [aquí](#).

Podrá enviar lo solicitado y hacer sus consultas por Whatsapp al [1120401285](tel:1120401285) o vía mail a info@osim.com.ar. También podrá verificar la sección de [preguntas frecuentes de reintegros](#) en nuestra página web.

[Consulte topes de reintegros aquí.](#)

Otros insumos de ORTOPEDIA

Requisitos para la cobertura

- **Pedido Médico** indicando diagnóstico y material **genérico**, con especificaciones del mismo.

En caso de solicitar silla de ruedas, indicar:

- ✓ Talle (altura y peso) del paciente.
 - ✓ Especificaciones técnicas de la silla.
 - ✓ Especificaciones de accesorios requeridos.
 - ✓ Tiempo estimado de uso.
- **Resumen de Historia Clínica tipo 2** completo (ver formulario adjunto en página 2) Indicando datos del paciente, con justificación de necesidad, objetivos a lograr del equipamiento solicitado, evolución de patología y cómo se produjo la lesión.
 - **Contacto directo del médico tratante: teléfono celular y/o mail**
 - **Formulario Solicitud de ortesis** (Sólo para sillas de ruedas. Ver formulario adjunto en página 3.)

La documentación requerida podrá ser enviada a través de:

- ✓ WhatsApp: [1120401285](https://wa.me/1120401285)
- ✓ e-mail: info@osim.com.ar

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

