

Tratamiento de las Adicciones

Requisitos para la Cobertura

Documentación a presentar en OSIM:

- Formulario de Resumen de Historia Clínica Específica (**original**) (ver adjunto en pág. 2)
- Pedido médico (**original**) con indicación de:
 - ✓ Módulo solicitado con cantidad de horas diarias.
 - ✓ Período (indicando “desde mes xxxx a mes xxxx del año xxxx”)
 - ✓ Fecha de la orden médica (debe ser anterior al periodo solicitado)
 - ✓ Diagnostico presuntivo DSM IV (ídem al diagnóstico marcado en el resumen de historia clínica adjunto)
 - ✓ Firma y sello del médico (*que no pertenezca a la institución que hará el tratamiento*)
- Copia de Habilitación de la institución emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Presupuesto con firma y sello del responsable de la Institución (**original**)
- Informes mensuales de la evolución (**original**)

Para agilizar el tratamiento de esta gestión, podrá adelantar la documentación vía e-mail, a info@osim.com.ar o fájx (4010-6701) pero no se dará curso a la autorización hasta que los originales sean presentados en nuestras oficinas.

Se adjunta:

- Formulario de Resumen de Historia Clínica Específica.

9.1 - RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECIFICA TRATAMIENTO DE ADICCIONES – DROGADEPENDENCIA

Nombre y Apellido:	
Edad:	
Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	
D.N.I.	
Nacionalidad:	
En caso de Tutor, consignar datos:	
Diagnóstico presuntivo según los ejes del DSM IV (marcar el/los que corresponda/n)	
F11.2x (304.00) Trastorno de dependencia de opiáceos.	
F12.2x (304.30) Trastorno de dependencia de cannabis.	
F13.2x (304.10) Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos, opiáceos o ansiolíticos.	
F14.2x (304.20) Trastorno de dependencia a cocaína.	
F15.2x (304.40) Trastorno de dependencia de anfetaminas.	
F16.2x (304.50) Trastorno de dependencia de alucinógenos.	
F18.2x (304.60) Trastorno de dependencia de inhalantes.	
F19.2x (304.90) Trastorno de dependencia de fenciclidina.	
F19.2x (304.80) Trastorno de dependencia de varias sustancias.	
Tratamiento indicado:	
Institución a la que es derivado (Razón social y domicilio):	
Modalidad de concurrencia:	
Módulo de consulta y orientación (Requerimiento mínimo de 4 consultas hasta un máximo de 6)	
Internación en comunidad terapéutica (Deberá justificar con un requerimiento mínimo de 12 meses)	
Tratamiento ambulatorio modalidad.	
Hospital de día 8 horas.	
Hospital de medio día 4 horas.	
Tratamiento ambulatorio de control y prevención de recaídas.	
Hospital de noche (detallar el/los tratamiento/s previo/s concluido/s y presentación de certificado de jornada laboral)	
Módulo de Internación psiquiátrica (requerimiento mínimo de un mes, con justificación)	

Período de otorgamiento total solicitado: Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no facturados por períodos completos.

Pronóstico y tiempo estimativo de tratamiento:

	MÉDICO TRATANTE Psiquiatra o Psicólogo
--	--