Santiago del Estero,.......de.........................de 2018.-

**A la Sra. Gerente de OSDE**

**Filial Santiago del Estero**

**Su despacho:**

 **…....................**, Afiliada N°....................., en nombre y representación de su hijo **…...........................**, integrante de su grupo familiar primario bajo idéntico número de afiliación; tiene el agrado de dirigirse a la Sra. Gerente de OSDE- Filial Santiago del Estero, a los fines de adjuntar la siguiente documentación requerida:

* **Resumen de historia clínica** expedida por el Dr. Gabriel Vazquez, neurólogo de cabecera de …......................., con indicación médica de fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, e integración escolar.
* Pedido médico de **kinesiología** acompañado por el plan de tratamiento y presupuesto de la Lic. …........................ Asimismo se adjunta consentimiento informado. El certificado de inscripción en la Superintendencia de Servicios de Salud y el título habilitante obra en archivo de esa institución, por ser la Lic. …........................ prestadora de la Obra Social.
* Pedido médico de **terapia ocupacional** acompañado por el plan de tratamiento y presupuesto de la Lic. …................... Asimismo se adjunta consentimiento informado. El certificado de inscripción en la Superintendencia de Servicios de Salud y el título habilitante obra en archivo de esa institución, por ser la Lic. …...................... prestadora de la misma.
* Pedido médico de **fonoaudiología** acompañado por el plan de tratamiento, presupuesto, constancia de inscripción en AFIP, consentimiento informado, certificado de inscripción en la Superintendencia de Servicios de Salud y el título habilitante de la Lic. ….......................
* Pedido médico de **integración escolar** en jardin de infantes acompañado por el plan de tratamiento y presupuesto de la Prof. …............................. Asimismo, se adjunta consentimiento informado y acta acuerdo. Cabe resaltar que la modalidad de pago de esta prestación es por reintegro y la restante documentación ya obra en dependencias de esa obra social.
* Pedido médico de **apoyo a la integración escolar a domicilio**, a domicilio, durante los meses de enero y febrero del corriente año. Tal apoyo fue efectivamente realizado durante los meses de enero y febrero, conforme al plan de tratamiento que se adjunta. Asimismo, se acompaña dos facturas para su reintegro.
* Autorización para gestionar ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

 Es dable destacar que la demora en la presentación de la documentación obedece a la circunstancia de tener …............................ su medico neurólogo de cabecera en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al que recién se puede asistir por control en el mes de febrero, habiendo obtenido en esa oportunidad los pedidos médicos respectivos. Sin perjuicio de ello, Santiago asistió a la rehabilitación en kinesiología, T.O., fonoaudiología y apoyo a la integración escolar durante el mes de febrero, incluida ésta última el mes de enero.

 **Quedando a vuestra disposición, por cualquier documentación que estime pertinente, la saludo con distinguida consideración.**