

PLANILLA SOLICITUD PROTESIS,ORTESIS OTROS

AFILIADO				FECHA ____/____/____	
Apellido y nombres:					
N° Afiliado:		Titular::			
() Fliar.Directo () Fliar.a Cargo		Edad:	Sexo:	Estado Civil:	
Domicilio:					
Localidad:			CP:		
Firma del Responsable			Aclaracion:		
			N° Afiliado:		
			DNI:		
Recuerde Adjuntar Fotocopia de: Recibo de suleodo, Carnet del Afiliado, Certificado de Discapacidad, Estudios Previos.					

Lugar.....Dia.....de.....de 20.....

MEDICO TRATANTE	
DIAGNOSTICO:	
MATERIAL: (Tachar lo que no corresponda)	
Protesis / Ortesis Audifonos / Marcapasos Cardiacos	
Material Descartable / Silla de Ruedas / Material Quirurgico	
Otros:	
Indique la fecha limite para la provision del material:/...../.....	

HISTORIA CLINICA	
RESUMEN:	
OBSERVACIONES:	
Sello del Médico:	Fecha:/...../.....
Firma del Médico	

AUDITORIA MEDICA(Tachar lo que no corresponda)	
☐ A	El afiliado presenta alguna patologia de base que no encuadre dentro de algun Plan especial. NO:..... SI:..... Cual.....
☐ B	El afiliado. NO:..... SI:..... Adjuntar certificado del consejo Prov. del Discapacitado.
☐ C	El Material requerido..... es atinente,emergente y especifico para el tratamiento base: NO / SI
☐ D	Corresponde una cobertura de : 50% 70% 100% OTRO:.....
☐ E	Existe correspondencia entre patologia afectante y el material requerido: NO:..... SI:..... Motivo.....
☐ F	Indique aproximadamente la fecha limite para la provision /...../..... En caso de emergencia,considera justificada la misma: NO / SI
☐ E	Considera que el presente pedido debe tener una via de excepcion: NO:..... SI: Motivo.....
Pase apara su conocimiento y tramite.	

Firma del Medico Auditor