



SOLICITUD DE PRÓTESIS Y ORTESIS a cargo de O.S.P.S.I.P.

Fecha:/...../.....

Apellido y Nombre del Paciente:.....

Edad:..... N° de Afiliado:..... D.N.I:.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Adjunta copia de: CARNET D.N.I. ULTIMO RECIBO DE SUELDO

INSTITUCION:.....

Internado: SI NO Sector:..... Cama:.....

Urgencia: SI NO

Diagnóstico:.....

DISCAPACIDAD: SI NO *En caso afirmativo adjuntar copia del certificado de discapacidad*

Tipo de Prótesis solicitada:.....

Modelo alternativo:.....

Fecha de Cirugía:/...../..... Probable Fecha de Cirugía Programada:/...../.....

Médico Solicitante:.....

Especialidad:.....

Teléfono del médico solicitante:

.....
Firma y Sello del Profesional

PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO:

8.3.3. Prótesis y Ortesis: La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en ortesis y prótesis externas, no reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas. El monto máximo a erogar por el Agente del Seguro será el de la menor cotización en plaza. Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. El Agente del Seguro deberá proveer las prótesis nacionales según indicación, solo se admitirán prótesis importadas cuando no exista similar nacional. La responsabilidad del Agente del Seguro se extingue al momento de la provisión de la prótesis nacional.