



# Formulario

## Solicitud Prótesis, Órtesis y otros materiales.

### DEL AFILIADO

Apellido y Nombres .....  
..... N° de Afiliado .....-...../..... Titular .....  
( ) Fliar. Directo ( ) Fliar. a Cargo Edad ..... Sexo ..... Estado Civil .....  
Domicilio ..... Localidad .....  
Repartición donde presta servicios .....  
Categoría y último sueldo .....  
Posee Obra Social: SI / NO - Indicar Nombre ..... N° de Afiliado .....-...../.....

.....  
Firma del Responsable

Aclaración .....  
N° de Afiliado .....-...../.....  
DNI N° .....

**RECUERDE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE:  
Recibo de sueldo, Carnet de Afiliado a IPROSS - Certificado de discapacidad**

Lugar ....., ..... de ..... de 20.....

### DEL MÉDICO TRATANTE

Resumen de historia clínica: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Diagnóstico: .....  
.....  
.....  
.....  
.....



# Formulario

## Solicitud Prótesis, Órtesis y otros materiales.

### DEL MÉDICO TRATANTE

**Material:** (Tachar lo que no corresponda)

Prótesis / Órtesis Audifonos / Marcapasos Cardíacos / Material descartable / Silla de ruedas / Material quirúrgico

.....

.....

Otros: .....

Para Pañales: Marca: ..... Tamaño: .....

Características técnicas: .....

.....

Indique la fecha límite para la provisión del material ...../...../.....

En caso de emergencia, fundamente los motivos: .....

.....

.....

En caso de tratarse de material que requiere intervención quirúrgica para su implante y/o colocación, indique:

A: Establecimiento de internación del afiliado: .....

.....

B: Profesional/es que intervendrán: .....

.....

**OBSERVACIONES:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SELLO del MÉDICO**

Fecha ...../...../.....

**FIRMA DEL MÉDICO**



# Formulario

## Solicitud Prótesis, Órtesis y otros materiales.

### DE LA AUDITORÍA MÉDICA

( En todos los casos tachar lo que no corresponda)

**A** El afiliado presenta alguna patología de base que no encuadre dentro de algún Plan Especial.  
**NO:** ..... **SI:** Cuál: .....

**B** El afiliado encuadra en **LEY 2055 “Del discapacitado”**  
**NO:** ..... **SI:** ..... (Adjuntar certificado del Consejo Provincial para las personas con discapacidad).

**C** El material requerido: .....  
.....  
..... es atinente, emergente y específico para el tratamiento base: **NO / SI**

**D** Corresponde una cobertura de: **50%** **70%** **100%** **Otro:** .....% por parte del I.Pro.S.S.

**E** Existe correspondencia entre la patología afectante y el material requerido:  
**SI:** ..... **NO:** Motivo: .....  
.....  
.....  
.....

**F** Indique aproximadamente la fecha límite para la provisión: ...../...../.....  
En caso de emergencia, considera justificada la misma: **NO / SI**

**G** Considera que el presente pedido debe tener una vía de excepción:  
**NO:** ..... **SI:** ..... Motivo: .....  
.....

Pase a ..... para su conocimiento y trámite.

.....  
**FIRMA MÉDICO AUDITOR**