



PLANILLA SOLICITUD



Prótesis, Ortesis, otro materiales

1/ 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

Aclaración

N° de Afiliado /

.....
Firma del Responsable

.....
DNI N°



RECUERDE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE:

Recibo de sueldo, Carnet de Afiliado a IPROSS - Certificado de discapacidad

Lugar, de de 20

2/ DEL MÉDICO TRATANTE

Resumen de historia clínica

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico

.....

Material: (Tachar lo que no corresponda):

Prótesis / Ortesis Audífonos / 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 requiera 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

3/ DE LA AUDITORÍA MÉDICA

(En todos los casos tachar lo que no corresponde)

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 Prov. del Discapacitado

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