

SOLICITUD DE PROTESIS, ORTESIS Y OTROS

____ de _____ de ____

A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

Nº Afiliado: _____ Plan _____ Edad: _____

Dirección: _____ Localidad: _____ Te: _____

Resumen de H.C. (concisa con suficientes datos para emitir dictamen médico)

Procedimiento quirúrgico y / o práctica a realizar:

Fecha propuesta para la prestación _____

Elemento solicitado (Origen Nacional, características técnicas, No marcas)

Alternativas a lo solicitado: (si no hubieran elementos alternativos, fundamentarlo)

1. _____
2. _____

Tiempo estimado de uso (cuando correspondiere a elementos c/devolución prevista y/o en alquiler).

Sello y firma del profesional

FORM005