

SOLICITUD DE PRÓTESIS Y ORTESIS

Nota importante: Se deberán completar TODOS los campos de este formulario y acompañarlo con la copia de los últimos estudios y/o prácticas realizadas, además de un breve resumen de Historia Clínica respaldatoria.

- La solicitud debe ser prescripta por un médico/a de la Red Prestacional de OSFE.

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

Datos del Beneficiario/a

Apellido y Nombre:

Nº de Afiliado/a:

Tipo y Nro de Doc:

Domicilio:

Localidad:

Fecha de Nac:

Nº de Teléfono:

Pcia:

Diagnóstico Principal

Estudios Complementarios Realizados para el Diagnóstico

Urgencia

Programada

☐

☐

Tipo de Cirugía

Internado

Ambulatorio

☐

☐

Descripción del Material Solicitado

Las indicaciones médicas se efectuarán conforme lo establecido en el PMO: por nombre genérico, sin aceptar sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. La OSFE proveerá prótesis nacionales según indicación.

	Cantidad

Firma y Sello del o la Profesional Solicitante:

Fecha de Cirugía:

Datos de la Institución y del Médico/a Tratante

Sanatorio/Clinica /Hospital:

Dirección:

Apellido y Nombre del o la Profesional:

Especialidad:

Tel.:

Email:

Solicitud de Prótesis y Ortesis N°:

Tomo conocimiento que la **Obra Social Ferroviaria** brinda las prestaciones del **Programa Médico Obligatorio (PMO)**. En cuanto a Prótesis y Ortesis, la cobertura es del 100% en Prótesis e Implantes de colocación Interna Permanente y del 50% en Ortesis y Prótesis Externas.
Las indicaciones médicas se efectúan por nombre genérico y no se acepta sugerencias de marcas, proveedor u especificaciones técnicas que orienten la prescripción encubierta de determinado producto. La OSFE provee prótesis nacionales según indicación. La responsabilidad de la Obra Social se extingue al momento de provisión de la prótesis nacional.