



PLANILLA DE SOLICITUD DE REINTEGRO PROTESIS

Sr. Afiliado - Sr. Profesional: de acuerdo a leyes nacionales y reglamentaciones vigentes, recordamos a Uds. que la Obra Social DASPU sólo reconocerá prótesis y órtesis de origen nacional. Los pedidos de las mismas deberán realizarse sin nombres comerciales y/o marcas específicas. Como excepción, sólo se reconocerán elementos importados en los casos de inexistencia de productos de origen nacional o evidencia científica de su necesidad Res. 057/07
 Para solicitar reintegro deberá presentar. Factura de compra original B o C. La misma no deberá superar los 45 días de expedida (Res 064/02)
 Sticker original de la Prótesis y certificado de implante.
 Copia de la foja quirúrgica.

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:.....
 Domicilio:.....
 Legajo:..... Documento (tipo N°)..... Tel:.....
 Edad Sexo: M/F Peso..... Altura.....
 Paciente: Internado / Ambulatorio e-mail:.....

RESUMEN HISTORIA CLINICA

Firma:.....

.....

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS (ADJUNTAR INFORMES)

Radiografías Tomografías Resonancias Magnéticas Cinecoronariografías

Cirugías
 Otros.....
 Tratamiento y medicación actual.....
Diagnóstico.....
Cirugía a realizar.....
Lugar de la cirugía.....

PROTESIS UTILIZADA

.....

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Apellido y Nombre
 Domicilio Tel
 Mat. Prof. Mat. Espec. Institución

..... Firma y sello del Profesional Firma y sello del Director de la Institución Fecha:/...../.....



PLANILLA DE SOLICITUD DE PROTESIS

Sr. Afiliado - Sr. Profesional: de acuerdo a leyes nacionales y reglamentaciones vigentes, recordamos a Uds. que la Obra Social DASPU sólo reconocerá prótesis y órtesis de origen nacional. Los pedidos de las mismas deberán realizarse sin nombres comerciales y/o marcas específicas. Como excepción, sólo se reconocerán elementos importados en los casos de inexistencia de productos de origen nacional o evidencia científica de su necesidad Res. 057/07

Se ruega no programar la cirugía sin la autorización del material solicitado salvo caso de urgencia.

Completar la solicitud con la mayor cantidad de datos a fin de no agregar pedidos o planillas complementarias.

Cualquier diferencia respecto de lo proveído por DASPU, quedará a exclusivo cargo del afiliado o prescriptor.

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:

Domicilio:

Legajo: Documento (tipo N°) Tel:

Edad Sexo: M/F Peso Altura

Paciente: Internado / Ambulatorio e-mail:

Firma:

RESUMEN HISTORIA CLINICA

.....
.....
.....
.....

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS (ADJUNTAR INFORMES)

Radiografías Tomografías Resonancias Magnéticas Cinecoronariografías

Cirugías

Otros

Tratamiento y medicación actual

Diagnóstico

Cirugía a realizar

Lugar de la cirugía

PROTESIS SOLICITADA

.....
.....

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Apellido y Nombre

Domicilio Tel

Mat. Prof. Mat. Espec. Institución

.....
Firma y sello del Profesional

.....
Firma y sello del Director
de la Institución

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