

# INSTRUCTIVO DE PROTESIS

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

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de prótesis deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Prescripción médica de la prótesis **original**. La indicación médica **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, modelo y/o proveedor**.

La Obra Social proveerá prótesis nacional, según indicación y normativa vigente, Resolución M.S. N° 201/02 P.M.O., Anexo I Punto 8.3.3.

- Resumen de historia clínica con fecha de inicio y antecedentes de la patología, fecha y lugar de la intervención, diagnóstico con la firma del médico interviniente. **(IMPORTANTE: INDICAR ANTIGÜEDAD DE LA PATOLOGÍA)**

- **Informe de estudios respaldatorios:**

**Prótesis traumatológicas, se requiere:**

Copia de informe de estudios de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética, tomografía computada, radiología, etc.)

**Prótesis cardiovasculares se requiere:**

Angioresonancia, Ecodoppler, Ecocardiograma, Estudio de Holter, Estudio electrofisiológico.

- En el caso particular de discapacidad, deberá adjuntar la copia del certificado correspondiente emitido por autoridad oficial.

## VÍAS DE COMUNICACIÓN

Podrá realizar la presentación digital a la casilla [protesis-ame@ospoce.com.ar](mailto:protesis-ame@ospoce.com.ar) indicando nombre completo y número de DNI, los archivos deben ser escaneados en formato PDF, de manera clara y legible, no se aceptan fotos.

**IMPORTANTE:** conserve los originales ya que eventualmente podrán ser requeridos por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Puede optar por la presentación de los originales en cualquiera de nuestras sedes:

<https://www.ospoce.com.ar/sedesCaba.php>

La solicitud de la prótesis debe ser hecha con la suficiente antelación para permitir la entrega del material en tiempo y forma, la Obra Social no se responsabilizará por los pedidos entregados sobre la fecha de intervención.

## DATOS DEL AFILIADO

Firma:

Aclaración:

DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

## DATOS DE MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Institución o sanatorio: \_\_\_\_\_

**NO SE RECIBIRÁ NI TRAMITARÁ SOLICITUD ALGUNA QUE NO CUMPLAN ESTRICTAMENTE CON ESTOS REQUISITOS.  
LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA CONFORMIDAD DE LO SOLICITADO.**

**TRÁMITE SUJETO A AUDITORIA MÉDICA.**