

INSTRUCTIVO DE SOLICITUD DE CPAP

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

Estimado/a Afiliado/a:

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

- Prescripción medica del CPAP en original. La indicación médica **debe ser efectuada por medico especialista (neumonólogo) en nombre genérico, sin sugerir marca, modelo y/o proveedor.** Aclarar tipo de máscara (nasal o buconasal) y **calibración** requerida.
- Resumen de historia clínica **con fecha de inicio y antecedentes de la patología en cuestión, diagnostico con la firma del medico interviniente.**
- Copia de informe Polisomnografía
- No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con estos requisitos.
- 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 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>

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.