

INSTRUCTIVO SOLICITUD DE ORTESIS

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

Estimado/a Afiliado/a:

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

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

La Obra Social proveerá insumos ortopédicos nacionales, 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 e imágenes de estudios respaldatorios, si los posee.**

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

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.