



San Juan,de.....de 20.....

Procedimiento:

- Completar el formulario de manera digital y firmarlo en puño y letra.
- Adjuntar al formulario: receta original y copia de últimos estudios y/o prácticas realizadas (informes).

Aclaraciones:

- El material requerido en la cirugía debe ser autorizado previamente por Auditoría Médica. En caso de cirugía de urgencia, informarlo a la brevedad a auditoriamedica@damsusj.com.ar.
- La solicitud de prótesis y órtesis debe realizarse sin nombre comercial y/o modelo específico.
- Según normativa vigente, se reconocerá:
 - Prótesis y órtesis de origen nacional. Los elementos importados se considerarán sólo en caso de inexistencia de los mismos en el país o por evidencia científica de su necesidad (según lo establecido por el PMO).-
 - Prótesis y órtesis autorizadas por la Obra Social. Cualquier diferencia quedará a cargo del/de la afiliado/a o prescriptor/a.

Datos del/de la afiliado/a

Apellido y nombre: DNI:

Domicilio:

Cel.: E-mail: Sexo: F M X

Datos del/de la médico/a tratante

Apellido y nombre: Espec.:

MP: Cel.: E-mail:

Ficha médica

Diagnóstico:

Resumen de historia clínica:

.....

.....

Información de la cirugía

Programada Urgencia Tipo de cirugía:

Lugar de la cirugía: Fecha:/...../.....

Dirección: Teléfono:

Diagnóstico por imagen: Usuario: Contraseña:

Prótesis u órtesis

Material solicitado	Cantidad
1_
2_
3_
4_
5_

.....

.....

firma y sello del/de la médico/a tratante

firma y sello de Auditor/a Médico/a DAMSU