

• Datos personales del Beneficiario (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre

Sexo D.N.I. N° Fecha de Nacimiento

Estado civil Legajo

Domicilio Calle N° Piso Depto.

C.P. Barrio Localidad Provincia

Teléfono Email

• Diagnóstico Principal

1. Tipo de cirugía Urgencia Programada Internado Ambulatorio

Lugar de internación (sanatorio o Clínica)	Dirección	Profesional tratante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lugar de entrega de prótesis - insumo (dirección)	Fecha de entrega	Responsable de recepción
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Descripción del material solicitado

Se debe acompañar formulario con receta original, copia de últimos estudios y/o practicas realizadas y breve resumen de Historia Clínica respaldatoria.

	Cantidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Datos de la institución y médico tratante

Institución solicitante Domicilio

Apellido Nombre

Especialidad Matrícula Teléfono

.....
Firma y sello del profesional tratante

.....
Firma y sello del profesional Auditor Médico

• Informe médico auditor zonal

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTA IMPORTANTE: En caso de ser urgencia, adjuntar al mismo 3 (tres) presupuestos de casas zonales para su evaluación.

¿ En conformidad? SI NO

.....
Firma y sello del profesional tratante

Pase a auditoría médica de DASUTeN Central/...../.....

• Informe Auditor Médico Central

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cobertura a cargo de DASUTeN %

Cobertura a cargo de DASUTeN %

¿ En conformidad? SI NO

.....
Firma y sello del profesional tratante

Pase a Depto. de Facturación de DASUTeN Central/...../.....

.....
Firma y sello del profesional tratante

.....
Firma y sello del profesional Auditor Médico