

DEPARTAMENTO ASISTENCIA SANITARIA
Solicitud de provisión de material

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre del afiliado: Edad: años - meses (*)
 Lugar y fecha de solicitud: Tipo y N° de documento:
 Afiliado N° Situación del titular: ARA - PNA - Civil - Actividad - Retirado (*)
 Domicilio: Calle N° Piso/Dpto Ciudad:
 Teléfonos: de línea Celular Alternativo
 Firma del Afiliado o Familiar directo responsable, tutor o encargado (*).....

INFORMACION MEDICA

DIAGNOSTICO:.....
 RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (precisar en forma concisa y legible información vinculada con el material solicitado):.....
 TRATAMIENTO INDICADO:.....

MATERIAL SOLICITADO Se deberá consignar tipo y característica de la prótesis / ortesis u otros materiales de uso médico, de acuerdo a lo prescripto en el P.M.O. (especificado en el reverso), sin sugerencias de marca y/o proveedores. EL NO CUMPLIMIENTO DE LA NORMA SERA MOTIVO DE RECHAZO POR PARTE DE LA DIBA, SIENDO RESPONSABILIDAD DEL MEDICO TRATANTE LAS CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO.

SITUACION ACTUAL: Ambulatorio / Internado: UTI - UCO - UTIN - UTIP. - Habitación común - Domiciliaria (*)

PRIORIDAD PARA LA PROVISIÓN(marcar con X): **NORMAL** ____ **URGENTE** ____ **MUY URGENTE** ____

FUNDAMENTO (de las prioridades URGENTE o MUY URGENTE):

FECHA PROPUESTA DE UTILIZACION DEL MATERIAL SOLICITADO:/...../.....

PROFESIONAL SOLICITANTE:

Teléfonos: Firma y sello aclaratorio:

Límites de Cobertura de Materiales

- Prótesis: Cobertura del 100% en prótesis e implantes nacionales. Incluye: Saturas MECÁNICAS Endoprótesis de vías biliares Catéteres oncológicos y todo material protésico de costo hasta \$30.000 por unidad.
- DIBA cubrirá el 100% de materiales protésicos cardiovasculares. Ej: Stents y Coils – Cardiodesfibriladores y Marcapasos – Endoprótesis cardiovasculares.
- Ortesis y prótesis externas: Cobertura del 50%, **NO** reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas.
- Prótesis mamarias: Cobertura del 100% exclusivamente ante casos de cirugías reconstructivas / reparadoras por causas patológicas.
- Bombas infusoras de insulina: Cobertura del 100%.
- Audífonos: Para niños y jóvenes de hasta 16 años, cobertura del 100% hasta un tope de \$25.000 por audífono. El mayor costo será cubierto por DIBA en un 50%. LA COBERTURA SERÁ DE HASTA uno (1) audífono por año. Adultos **no** discapacitados, \$8.000 por cada audífono y cada DOS (2) años.
- Lentes aéreos y/o de contacto y Telelupas: Para niños y jovenes de hasta 16 años, cobertura del 100% hasta un tope de \$3.000 para cristales o lentes. Provisión anual.
- Adultos con patologías dentro de las Normas, DIBA cubre el 100% hasta \$3.000. – Bianual
- Adultos **sin** patologías dentro de las Normas, DIBA reconocerá el 50% de un valor hasta \$3.000. – Bianual
- Marcos: DIBA reconocerá hasta un valor tope de \$800. – en todos los casos, inclusive discapacitados.
- Oxigenoterapia: Cobertura del 20 % a cargo del Afiliado.
- Otros materiales: Cobertura del 100% en prótesis e implantes nacionales de colocación interna permanente.

Firma del Afiliado:

JEFE DEL SERVICIO SOLICITANTE:

Teléfonos: Firma y sello aclaratorio:

ESTABLECIMIENTO:

.....
Calle Nº Ciudad Provincia:

RESERVADO PARA AUDITORIA MEDICA DIBA LOCAL (Delegación o Centro Coordinador)

RECEPCION DE LA SOLICITUD DE PROVISION: Fecha/...../..... Hora

OPINION FUNDAMENTADA DEL AUDITOR:

.....

.....

.....

Firma y sello aclaratorio:

RESERVADO PARA DIBA CENTRAL (División Banco de Materiales)

RECEPCION DE LA SOLICITUD DE PROVISION: Fecha/...../..... Hora

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

Firma y sello aclaratorio:

Aclaraciones:

(*) Tachar lo que no corresponda

Dejo constancia que he sido notificado de las Normas de Asistencia Sanitaria de DIBA que regulan la provisión de prótesis y sus reconocimientos técnicos y económicos al respecto (Normas para la Provisión de Materiales):

Nombre y Apellido:.....

Titular Nº de Afiliado:

Familiar (Grado de parentesco):

Nº de Documento del Firmante: DNI - LE - C.I - L.C.....

Firma:

ACLARACIONES:

1. LAS INDICACIONES MEDICAS SE EFECTUARAN POR NOMBRE GENERICO (EJEMPLO: PROTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA) SIN ACEPTAR ESPECIFICACIONES TECNICAS, SUGERENCIAS DE MARCAS O PROVEEDOR. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA NORMA SERA MOTIVO DE RECHAZO POR PARTE DE DIBA, SIENDO RESPONSABILIDAD DEL MEDICO TRATANTE LAS CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO.
2. EN TODOS LOS CASOS, LOS IMPORTES QUE EXCEDAN LOS VALORES RECONOCIDOS POR DIBA, GENERAN CARGO AL AFILIADO, QUEDANDO EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE DIBA **NO ACTUARÁ** COMO ORGANISMO FINANCIADOR DE TALES EXCEDENTES.
3. A TODO CARGO QUE SE FORMULE AL AFILIADO TITULAR POR LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES NO CONTEMPLADOS EN LAS NORMAS SANITARIAS, SE LE APLICARÁ UN RECARGO DE **4%** EN CONCEPTO DE "FONDO DE QUEBRANTOS".
4. **POR CUALQUIER CONSULTA DIRIGIRSE A LA DELEGACIÓN O GESTORÍA DIBA**