GRUPO ROISA

Estimado Profesional:

A fin de evaluar su solicitud y dar rápida respuesta, debe cumplimentar este formulario.
Para las cirugías programadas que requieran prótesis o implantes, el cirujano actuante podrá confirmar fecha de la cirugía luego de que **GRUPO ROI SA** haya autorizado la provisión del material solicitado. Las prescripciones médicas deben efectuarse por nombre genérico; no se aceptarán sugerencias de marcas, proveedor o especificaciones técnicas que orienten a la prescripción encubierta de determinado producto (s/Res.201/02 MS). Sólo se admitirán prótesis y/o implantes importados cuando no exista similar nacional. La responsabilidad de la Obra Social se limita al momento de la provisión de la prótesis nacional según P.M.O. vigente. Luego de efectuada la intervención quirúrgica, el profesional deberá completar en forma manuscrita el Certificado de Implantes, adjuntando los correspondientes Stickers/Blisters de todo material utilizado (descartables eimplantables).

IMPORTANTE: En caso de no prescribir materiales de la lista correspondiente (ver QR) el valor de la diferencia será plausible de débito posterior
Auditoría médica podrá solicitar copia de informes e imágenes post quirúrgica (Rx, TAC o RMN según corresponda)

Datos obligatorios a consignar por el médico especialista afín a la patología.
Acompañar a la prescripción (indicar nombrey apellido, N° de afiliado, tipo y N° de documento, diagnóstico, tipo de material, genérico – sin marca ni modelo-,fecha de prescripción, firma y sello)

A- DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE_____

N° DE AFILIADO_____ TIPO y N de Documento_____

EDAD_____ Sexo: F M Teléfonos de contacto _____

E-mail:_____

B- INFORMACIÓN ADICIONAL

URGENTE INTERNADO	PROGRAMADO	Fecha estimada de cirugía	Lugar de entrega

C- DIAGNÓSTICO:

_____

_____

_____

RG81 – V02

GRUPO ROISA

D- ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

Estado actual: indicar el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades

E- FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO: Indicar estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza – el paciente adjunta copias e informes-

F- DETALLE DEL MATERIAL SOLICITADO, SIN MARCAS NI MODELOS:

1

2

3

4

5

6

7

G- FUNDAMENTO TERAPÉUTICO DEL MATERIAL SOLICITADO

H-DATOS DEL PRESTADOR:

1–Nombre Establecimiento: _____ Tel / Fax : ( ) _____

2–Dirección: _____ Prov : CABA: E-mail: _____

I-DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE :

Apellido y Nombre:

Teléfono / Celular de Contacto: E-mail:

Lugar y Fecha

Firma y Sello del médico especialista

RG81 – V02