

COMPLETAR ÚNICAMENTE POR MÉDICO/A ESPECIALISTA

Todos los campos de este formulario son **obligatorios**

Fecha ____/____/20____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y nombre _____

Afiliado/a N°: _____ Edad: _____

Domicilio legal: _____ Localidad _____

Teléfono: _____ Vencimiento de Certificado: ____/____/____

¿Posee otra obra social? SI NO ¿Cuál?: _____

DATOS DEL TITULAR

Apellido y nombre _____

Afiliado/a N°: _____ Telefono: _____

INFORMACIÓN DE COBERTURA

Renovación de cobertura SI NO

Diagnóstico de discapacidad según CUD: _____

Tipo de discapacidad:

MOTORA MENTAL AUDITIVA VISUAL VISCERAL OTROS

| Terapias de salud que prescribe Según lo establece el Sistema Unificado de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación a favor de las Personas con Discapacidad | Días por semana | fuera de zona de residencia | |
|---|--------------------|--------------------------------|----|
| | | SI | NO |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO/A ESPECIALISTA

Continúa en hoja 2/3

PLAN DISCAPACIDAD DECLARACIÓN JURADA ANUAL

Protocolo médico | Resolución 005/2022



Hoja
2/3

COMPLETAR ÚNICAMENTE POR MÉDICO/A ESPECIALISTA

Todos los campos de este formulario son **obligatorios**

MEDICACIÓN A PRESCRIBIR

Según lo especificado en las patologías declaradas en el CUD en el corriente año.

Cobertura de medicación SI NO

Sí la respuesta anterior es "SI", completar:

| MONODROGA | MARCA COMERCIAL SUGERIDA | DOSIS Y FRECUENCIA |
|-----------|-----------------------------|-----------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |

En la ciudad de Neuquén y aledañas, serán provistos por la Farmacia Universitaria

-La renovación de esta prescripción es **anual**, con una anterioridad no menor a los **30 días** de producirse el vencimiento de la cobertura.

-La autorización de esta prescripción está sujeta a la evaluación de Auditoría Médica. **No deben iniciarse las terapias hasta no tener autorizado el presente protocolo.**

-Los cambios producidos en el transcurso de período autorizado, deben notificarse mediante pedido médico del especialista, indicando motivos.

Lugar

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO/A ESPECIALISTA

DICTAMEN DE AUDITORÍA MÉDICA Y/O SALUD MENTAL DE SOSUNC

Recepción

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

FIRMA DE QUIEN RECIBE

Observaciones

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO/A AUDITOR

Continúa en hoja 3/3

CONSENTIMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS

COMPLETAR POR TITULAR DE SOSUNC

Fecha vencimiento certificado

Todos los campos de este formulario son **obligatorios**

___/___/___

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y nombre _____

Afiliado/a N°: _____ Edad: _____

Domicilio legal: _____ Localidad _____

Telefono: _____

SITUACIÓN FAMILIAR

Responsable o tutor/a: _____

Diagnóstico de la discapacidad según CUD: _____

Internación domiciliaria SI NO

Domicilio: _____

Condiciones edilicias:

Escaleras | Ascensor | Planta baja

Otros detalles de condiciones edilicias: _____

| CENTRO DE SALUD, CONSULTORIO O PRESTADOR/A | TERAPIA | DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN | SESIONES MENSUALES | CRONOGRAMA DE ASISTENCIA |
|--|---------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de presentaciones descripto precedentemente

FIRMA DEL TITULAR

ACLARACIÓN

LUGAR Y FECHA