



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:

Form. H.1.1.6.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **PRÓTESIS MANDIBULAR COMPLETA** prescripto para pacientes con **ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR O SISTÉMICA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica firmada y sellada por médico Traumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste el diagnóstico, informes de los estudios complementarios efectuados, tratamientos previos y sus resultados.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con indicación de Cirugía Reconstructiva por Traumatismos o Tumores con destrucción importante del maxilar.

2.- Solicitud de la prótesis especificando los detalles técnicos sin marcas ni modelos, firmado y sellado por el Jefe del Servicio.

3.- Consentimiento Informado, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

1.- Exámenes de Diagnóstico por Imágenes.

2.- Exámenes prequirúrgicos.

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.