



**FORMULARIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO DEL  
REINTEGRO POR LA COMPRA DE PAÑALES DESCARTABLES**

NÚMERO INTERNO (1):

**A LLENAR POR EL MÉDICO TRATANTE**

**AFILIADO BENEFICIARIO**(APELLIDO Y NOMBRES):.....

DOC. N°:

SEXO: M  F

EDAD:

**AFILIADO TITULAR**(APELLIDO Y NOMBRES):.....

DOC. N°:

DOMICILIO:.....

LOCALIDAD:.....

CÓD. POSTAL:

**DIAGNÓSTICO** (Justificación de la utilización del pañal descartable)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

DURACIÓN DE LA NECESIDAD(Mes/es - en N°).....

TIEMPO INDETERMINADO(Marcar con una x)

LUGAR Y FECHA:...../...../.....98.-

.....  
 FIRMA Y SELLO  
 PROFESIONAL TRATANTE

**EXCLUSIVO DE AUDITORÍA MÉDICA DEL IOSPER**

DICTAMEN DE AUDITORÍA MÉDICA: **AUTORIZADO**

SI

NO (marcar con una x)

**OBSERVACIONES:**.....

.....  
 .....  
 .....

**PLAZO AUTORIZADO** (máximo 6 meses)

DESDE: MES:

AÑO:

HASTA: MES:

AÑO:

LUGAR Y FECHA:...../...../.....9....-

.....  
 FIRMA Y SELLO  
 PROFESIONAL TRATANTE

**REGISTRO:** Rúbrica

Código

**NOTA:** EL PRESENTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ SOLO POR EL PERÍODO AUTORIZADO POR AUDITORÍA MÉDICA, HASTA SESENTA (60) PAÑALES MES CALENDARIO, CON UN RECONOCIMIENTO DEL 80% DE LO EROGADO Y HASTA EL MÁXIMO DE \$15.00 POR MES EN CADA TRÁMITE EL AFILIADO DEBE CONCURRIR CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA, CARNET, RECIBO DE HABERES O DE CÁPITA Y FACTURA EN ORIGINAL (O COMPROBANTE SIMILAR RECONOCIDO O AUTORIZADO POR DGI).-

(1) PARA SU NUMERACIÓN POR AUDITORÍA MÉDICA.-