

SOLICITUD DE AUDÍFONOS

Lugar y fecha:

Datos del afiliado:

Apellido y nombre completo:	Número de afiliado:
Apellido y nombre del afiliado titular:	Plan:
Teléfono de contacto:	
E-mail de contacto:	

Equipamiento que solicito:

Analógico lineal y automático
 Digital programable
 Digital

Modalidad de cobertura solicitada:

Provisión directa. Declaro que se me ha informado y acepto que la provisión directa del elemento autorizado por CASA es al 100%.
 Por reintegro. Declaro que se me han informado y acepto los topes de reintegro, para esta modalidad de cobertura.

Estudios que deberá acompañar al presente formulario:

Historia clínica
 Prescripción médica con indicación del elemento solicitado y justificación científica del mismo
 Audiometría total
 Logaudiometría

En caso de solicitar cobertura por reintegro:

Factura
 Selección de audífonos que contenga los siguientes requisitos:
 Mínimo de 3 marcas diferentes de audífonos, no aceptándose monomarcas.
 Porcentaje de discriminación de la palabra sin audífono, con lectura labial y sin lectura labial.
 Porcentaje de discriminación de la palabra sin audífono, con y sin lectura labial, en ambiente silencioso y ruidoso
 Porcentaje de ganancia de cada audífono.
 Ficha técnica del audífono (dada por la casa proveedora)

CASA podrá solicitar documentación médica adicional a fin de realizar la evaluación de lo solicitado.

Firma y aclaración del afiliado