

DIRECCION DE AUDITORIA Y FISCALIZACION DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Tengo el agrado de dirigirme a usted a efecto de elevar el presente trámite de excepción del afiliado _____
N° _____

EN EL MISMO SE ENCUENTRA LA SIGUIENTE INFORMACION ADJUNTA:

- Verificación afiliatoria
- Orden Médica
- Resumen de historia clínica
- Estudios complementarios:
 - Ecografía
 - Radiografías
 - Endoscopías
 - TAC
 - RMN
 - Otros: _____
- Presupuesto original de práctica a realizar
- Documentación del afiliado: DNI, carnet, recibo de sueldo

Sin otro particular, saludo a ustedes con atenta consideración.

Firma y sello Director