

Nº de trámite
Nº de carga
Fecha

AUTORIZACIÓN DE COBERTURA PARA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA

CENTRO QUE REALIZARÁ LA PRÁCTICA

COMPLETO SI NO FALTANTE

DATOS DEL AFILIADO SOLICITANTE				
APELLIDO Y NOMBRE				
DOMICILIO Y LOCALIDAD				
DOMICILIO Y LOCALIDAD				TELÉFONO
Nº AFILIADO				
	M		F	
EDAD	SEXO			
FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI AFILIADO Y/O TERCERO				

DIAGNÓSTICO

VALOR DE RECONOCIMIENTO RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA **\$ 50.000 CINCUENTA MIL PESOS**

A la facturación debe adjuntarse esta autorización en original

VALOR DE RECONOCIMIENTO SEGÚN RESOLUCIÓN \$ 50.000 POR TODO CONCEPTO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR IOMA

FIRMA Y SELLO DE LA DIRECCIÓN DE AUDITORÍA Y FISCALIZACIÓN MÉDICA DE EST. ASIST.
--

ORIGINAL PARA EL AFILIADO
Nº DE RESOLUCIÓN 6937/11