

INFORME DE AUDITORÍA ODONTOLÓGICA / TRÁMITE DE EXCEPCIÓN

I) DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y apellido: _____

Número de afiliado: _____

Dirección: _____

II) Diagnóstico: _____

III) Tratamiento: _____

IV) Valor reintegrado: _____

Profesional actuante: _____ Mat. Prof.: _____

V) Informe del Auditor: _____

Firma del paciente

Firma del auditor