

N° TRÁMITE _____

FECHA _____



AUTORIZACIÓN DE COBERTURA PARA TRATAMIENTO

Resolución 1147/17 Disp. 006/17

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y EQUIPO PROFESIONAL QUE REALIZARÁ LA PRÁCTICA

CENTRO PRESTADOR/ _____

PROFESIONAL ACTUANTE -Jefe de equipo/ _____ Mat. Prof. _____

DATOS DEL AFILIADO SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE/ _____ Edad/ _____

Sexo F M N° Afiliado/ _____

Domicilio/ _____ Localidad/ _____

Teléfono de contacto/ _____

Firma afiliado o tercero

Aclaración y DNI

DIAGNÓSTICO/ _____

DROGA/ _____

OBS/ _____

OD OI

VALOR DE RECONOCIMIENTO PESOS _____ EN CONCEPTO DE HONORARIOS Y GASTOS

Nota aclaratoria:

Para dicha facturación el profesional deberá presentar Autorización de Cobertura acompañada de protocolo individual del procedimiento, con sticker original de la ampolla de la medicación usada y la constancia firmada por el afiliado dando conformidad a la atención recibida.

Firma y sello del Médico Auditor IOMA

Firma y Sello de la Dirección de
Auditoría y Fiscalización Ambulatoria

ORIGINAL para el afiliado