



N° TTE

Fecha

AUTORIZACIÓN DE COBERTURA PARA FERTILIZACIÓN ASISTIDA

Resolución N° 8538/10

CENTRO PRESTADOR

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:

Domicilio:

Localidad:

Región:

Teléfono:

E-mail:

N° de afiliado:

edad:

sexo F M

Firma

DIAGNÓSTICO

MODULO AUTORIZADO

BAJA COMPLEJIDAD

ALTA COMPLEJIDAD

A

B

C

D

OBSERVACIONES

Firma y Sello del Médico Auditor de IOMA

Firma y Sello Dirección de Auditoría y Fiscalización
Médica de Establecimientos Asistenciales