



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

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