



Auditoría prestacional

Solicitud de:

- Elementos (ejemplo prótesis)
- Prácticas
- Estudios

La presente solicitud debe ser completada por el médico tratante o por personal de la Subdirección Prestacional. Se ruega letra legible.

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre: _____

Nº de afiliado: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Resumen de Historia Clínica

Diagnóstico:

Estudios Previos (Marcar con "x" y remitir originales)

RX	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

TAC	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

RMN	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

OTRO	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

OTRO

Solicitud Estudio, práctica, prótesis, elemento, etc. (genérico, sin marca)

Cantidad	Descripción

Centro Efector Convenido	Fecha Probable de la Práctica	Profesional Solicitante Firma y sello	
--------------------------	-------------------------------	--	--

Espacio para la Auditoría Prestacional

Fecha auditoría

Firma y sello auditoría

Firma afiliado
o tercero interviniente

Fecha de solicitud

N° de expediente

Conformidad del afiliado o tercero Interviniente en caso de iniciar expediente

SE INICIA EXPEDIENTE A LOS EFECTOS DE REGISTRAR EL ACTO ADMINISTRATIVO, EL CUAL QUEDARÁ SUJETO A AUDITORÍA PARA SU APROBACIÓN EN CASO DE CORRESPONDER