



FORMULARIO DE SOLICITUD MÉDICA (PROTESIS – INSUMOS ESPECIALES)



FECHA: / /200 .-

DATOS DEL PACIENTE

ANEXO IV PAG 2

N° Afiliado Tipo y Nro. de Doc. Edad.....

Apellido y Nombres: Sexo.....

Domicilio del Paciente:

Tél.del Paciente:..... Localidad del Paciente:.....

TIPO DE CIRUGIA URGENCIA PROGRAMADA INTERNADO AMBULATORIO**INFORME MEDICO AUDITOR ZONAL**

NOTA IMPORTANTE: En caso de ser urgencia, adjuntar al mismo 3 (tres) presupuestos de casas zonales para su evaluación.

 EN CONFORMIDAD EN DISCONFORMIDAD

FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO ACLARATORIO

PASE A AUDITORIA MEDICA DE DASUTeN CENTRAL:

/

/ 200

.-

INFORME DE AUDITOR MEDICO CENTRAL

COBERTURA A CARGO DE DASUTeN:

%

COBERTURA A CARGO DEL AFILIADO

%

 EN CONFORMIDAD EN DISCONFORMIDAD

FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO ACLARATORIO

PASE A DPTO. DE FACTURACIÓN DE DASUTeN CENTRAL:

/

/ 200

.-