

I.O.M.A. AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

Entidad Primaria:

Profesional: Matricula:

Nombre y Apellido del Afiliado:

Nº de Beneficiario:

Prestación Solicitada:

Nº de Pieza:

Motivo de la Solicitud:

.....

.....

Documentacion: Respaldatoria Adjunta:

.....
Firma Profesional

.....
Firma Entidad
Primaria

Reservado para Auditoria Odontologica de F.O.P.B.A.:

Por la presente SI – NO se autoriza el tratamiento solicitado

.....

.....

.....

.....
Firma del Auditor

NOTA: en el momento de facturar la práctica, se deberá adjuntar al bono la presente autorización conjuntamente con la documentación respaldatoria. Se debe remitir en forma separada de la facturación normal.