

Solicitud de Autorizaciones

Beneficiario que realizará la práctica médica

[Redacted] 17009-4/00]



2do paso: Elegir el beneficiario

Tipo de Autorización

<< SELECCIONE >>
<< SELECCIONE >>
DISCAPACIDAD
MEDICAMENTOS
PLAN MÉDICO RES.310/CRÓNICOS
PRÓTESIS/ORTESIS
VACUNAS



3er paso: Seleccionar el tipo de autorizacion

MEDICAMENTOS

Aquí puede agregar datos de contactos y observaciones

[Empty text area for contacts and observations]

FOTO O ESCANEADO DE LA ORDEN MÉDICA

(Debe cargar imagen con tamaño hasta 4 MB y/o pdf hasta 0.5 MB)

LOS MARCADOS CON (*) SON OBLIGATORIOS

4to paso: Elegir que tipo de archivo va adjuntar



<< SELECCIONE TIPO ADJUNTO >>
<< SELECCIONE TIPO ADJUNTO >>
01-PRESCRIPCIÓN MÉDICA
02-RESUMEN HISTORIA CLÍNICA
03-ESTUDIOS PREVIOS
99-OTROS

Seleccionar archivo Ninguno archivo selec.



5to paso: Proceder a la carga de los archivos y luego para finalizar enviar la informacion.

ENVIAR INFORMACIÓN