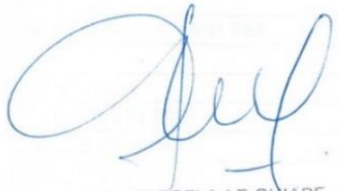


FECHA AUTORIZACIÓN	0/0/2024	VENCIMIENTO AUTORIZACIÓN	0/0/2024
AUTORIZACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS			

OBRA SOCIAL:	XXXXXXX
PACIENTE:	XXXXXXX
Nº AFILIADO y/o DNI:	XXXXXXX
FECHA PRESCRIPCIÓN:	XXXXXXX
PROFESIONAL:	XXXXXXX
DIAGNÓSTICO:	XXXXXXX
COSEGURO:	valor por práctica XXXXXXXX
PRÁCTICAS AUTORIZADAS:	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Autorizado  Dra. MARCELA LE CHIARE M.N. 20331 - M.P. 43289 AUDITORA ODONTOLÓGICA

La presente autorización se deberá imprimir y adjuntar a la orden original para poder atenderse, SIN EXCEPCIÓN.

