

## COMPROBANTE DE AUTORIZACIÓN

Autorización Número: 00012-000000106529

Estado: AUTORIZADA

Afiliado: 011086-00-8 DIAZ, EDITH GRACIELA

Plan: 2010

Edad: 70 años

Cobertura: COBERTURA GENERAL

Fecha Prescripción: 31/03/2022

Fecha Solicitud: 04/04/2022

Fecha Autorización: 04/04/2022

Fecha Vencimiento: 30/05/2022

Prescriptor: NO INFORMADO

Efector: NO INFORMADO

Prestador: NO INFORMADO

Sucursal: 0

Dirección:

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

CÓDIGO DESCRIPCION	CANTIDAD	% COB.	ADM	MED
46002 GEMCITABINA IMA 1000 MG PVO.LIOF.X 1	4.00	100,00	AUTORIZADA	AUTORIZADA
10431 FINABER 8 MG INY.A.X 1 X 4 M	4.00	100,00	AUTORIZADA	AUTORIZADA

Para optimizar su tiempo, tenga presente, que a través de la App CoMel Movil usted podrá gestionar todas sus solicitudes.

LEGAL: Autorización válida, en forma exclusiva, para prestadores cuyo convenio se encuentre vigente.

Facturar a Fundación CoMel - C.U.I.T.: 30-66569246-5 - I.V.A. Responsable Inscripto.



Ayúdenos a cuidar el medio ambiente. Imprima este documento, sólo si fuese estrictamente necesario.