

OSFATLYF

AUTORIZACIÓN

Nro Autorización: 9371964

Fecha Solicitud: 05/12/2024

Fecha Prescrip: 05/12/2024

Fecha Impresión: 06/12/2024

Hora Registr: 14:45

Estado: Autorizado

Información del Prestador

Razón Social:

Federación Médica del Chaco

Nro. Identificador:

01-00011-14812

Información del Afiliado

Nombre y Apellido:

CAPIA, ALICIA AMANDA

Nro Cred./Afil.:

16-58134-0/00

Tipo Afil.: Obligatorio

Plan:

ESPECIAL

Dni:

10694057

Cond.: Normal

Observaciones

CA.MAMA.

Prescriptor

5545 - MATWIEJUK, DANIA

Diagnostico

Detalle de Prestaciones

Cod. Nom.

340002

Descripción

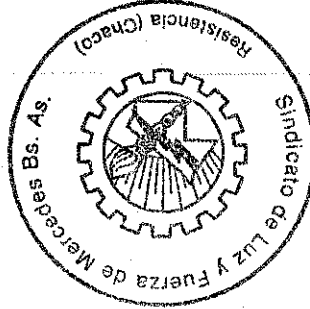
MAMOGRAFIA CON PROYECCION AXILAR -

Cant.

1

Estado

Autorizado



COSEGURO EN FINANCIADOR

COSEGURO: \$2600

Firma del Afiliado

Alicia E. Capiá

micasalud

Soluciones

Firma y Sello del Prestador

itimed

8003373