

OSDOP-SJ**AUTORIZACIÓN****Nro Autorización: 7789216****Fecha Solicitud: 09/06/2023****Fecha Prescrip: 09/06/2023****Fecha Impresión: 09/06/2023****Hora Registr: 13:22****Estado: Autorizado****Información del Prestador****Razón Social:** Sin Asignar**Nro. Identificador:** 01-00011-6772**Información del Afiliado****Nombre y Apellido:** ARGAÑARAZ, AZUA
FABIO DAMIAN**Nro Cred./Afil.:** 3367673700**Tipo** Obligatorio**Afil.:****Plan:** PLAN OSDOP**Dni:** 33676737**Cond.:** Normal**Convenio:** 106 - OSDOP-SJ**Plan Propio:** PLAN OSDOP**Observaciones****Prescriptor****1 - , SIN ASIGNAR****Diagnostico****Z718 - OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS****Detalle de Prestaciones**

Cod. Nom.	Descripción
42.01.01	CONSULTA MEDICA -

Cant.	Estado
1	Autorizado

Vigencia 30 días desde la fecha de Solicitud**COSEGURO: \$1200**

Firma del Afiliado



Firma y Sello del Prestador

Fecha Atenc. / /