

H.Clinica	Documento	Abreviatura	Delegacion	Cat.	ARV	Factura	VOUCHER	Remitos	Med.Excluida	Medicamento Excluido	Categoria
1130079	95288189	MJUDI13011996	CAPITAL	121	\$ 383,932.08	152	1884650	100983906	\$ 0.00		O

Numero Afiliado	Numero Autoriza	PERIODO	CUIT PROVEEDOR	PTO VENTA	F.DISPENSA	GTIN	SERIE	GTIN	SERIE
AF 8000061543192010004	4533602	202504	30711698570	9	20250226	"7795348424795"	"460074812664"		

