



**AUTORIZACIÓN DE
PRESTACIONES EN
AMBULATORIO**

Nº de Autorización: AU767418
Fecha de Autorización: 13/12/2022
Fecha de Auditoría: 13/12/2022
Sucursal Solicitante: 0422 (U00183)

Fecha de Emisión: 13/12/2022

Caja Suc. 0422 Nº: 03206 T. Orden: PA

Autorizo: VALIDADOR

Usuario: U00183 BONNET PAULA LUJ

Facturador: 00110 - FED.MED.DE ENTRE RIOS

Efector: _____

AFILIADO: **33711/01** IRIBARREN ROSA CELESTE **OPT. IVA GRAVADO**

PLAN: PREF EDAD: ____ años EMP.: **000000-0000**

PRESTACIONES AUTORIZADAS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT. AUTORIZADA
--------	-------------	------------------

1 - 180112	ECOGRAFIA COMPLETA ABDOMEN.	1.0
------------	-----------------------------	-----

MEDICO SOLICITANTE: 12710 - NOTARI LORENA

DIAGNOSTICO: 0625 - EN ESTUDIO

DNI Afiliado:

Firma del Afiliado:

Firma y Sello del Profesional:

Fecha de Atención:

____/____/____

AUTORIZACIÓN VÁLIDA HASTA EL: 12/01/2023