

SIPSSA SIPSSA

Medicina Privada 25 DE MAYO 266 Piso: Depto: C.P: 5000 - - - -RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT: 30-68102096-5



| Convenio: APM       |                    |                |                | Fecha Emis  | sión: 14 | 4/12/2022           |    |
|---------------------|--------------------|----------------|----------------|---|----------|---------------------|----|
| Nro.Afiliado: 31844 | 538 Nro.Orden:0    | SALDAÑO, LUCAS | S DAMIAN       |   | Plan:    | A-100               |    |
| Tipo de Autoriza    | ción: MEDICACION C | RONICA         | Diagnóstico:   |   |          | DIABETES            |    |
|                     |                    |                | SE             | SE AUT 100% TIRAS REACTIVAS ACCU CHEK GUIDE X1 CAJA A PEDIR |          |                     |    |
|                     |                    |                | Profesional:   | 34216 R   | ROMERO   | O GONZALEZ, SILVAN  | IA |
| Total Coseguro: 0.  | 00                 | Usuario        | Autorizador:   | ALEXIS ROVIDA   |          |                     |    |
|                     |                    | Código         | Autorización F | armandat:   |          |                     |    |
|                     |                    |                |                |   |          |                     |    |
|                     |                    |                |                |   |          |                     |    |
| Cod.Nomencla        | ador Prestació     | า              |                | Cant.Autor.   | Obse     | rvaciones Auditoría |    |
| A-153               | TIRAS REACTI       | VAS            |                | 1   |          |                     |    |
|                     |                    |                |                |   |          |                     |    |
|                     |                    |                |                |   |          |                     |    |
| _                   |                    |                |                |   |          |                     |    |
| Firma Afiliado      |                    |                |                | Firma y Sello Prestador                                     |          |                     |    |
|                     |                    |                |                |   |          |                     |    |
|                     |                    |                |                |   |          |                     |    |