

Orden de Consulta/Práctica



120900

Autorización Número: **00100-000009900008** ORIGINAL Estado: **AUTORIZADA**

Beneficiario: **000000/00** APELLIDO, NOMBRES Edad: **20**
Plan: **SAT** Documento: **D.N.I. 99887766** Sexo: **M**

Fecha de Prescripción: **18/9/2023** Fecha de Solicitud: **18/9/2023** Fecha de Vencimiento: **19/11/2023**

Prescriptor:

Prestador: **123456 - NOMBRE DEL PRESTADOR** Sucursal: **1**

Práctica OS	Práct Prest.	Prestacion	Cantidad	Prest.	Estado
420101		CONSULTA EN CONSULTORIO	1		

Observaciones: **ABONA COSEGURO**

Firma y sello del Efector: _____
Fecha y Hora:

Firma del Beneficiario: _____
Aclaración:
Documento:

Morón: Vergara 62 Tel. 4489 0554 | Lomas de Zamora: Sarmiento 260 Tel. 4292 – 9331 | Quilmes: Av. Vicente Lopez 87 Tel. 4252-3856
C.A.B.A.: Quintino Bocayuva 50 Tel. 5555-3100