

# Solicitud de Autorización

**Entidad** 20095 - FEDERACION ARGENTINA DE CAMARAS DE FARMACIAS

**Nº Orden**
**Afiliado**

<b>Obra Social</b>	OSTEP
<b>Plan</b>	PLAN CLASICO
<b>Prestador Solicitante</b>	20095-FEDERACION ARGENTIAN DE CAMARAS DE FARMACIA
<b>Fecha de prescripción</b>	
<b>Fecha de realización</b>	
<b>Area de Atención</b>	
<b>Diagnóstico Presunt.</b>	
<b>Código de Autorización</b>	
<b>Estado</b>	<b>Autorizado</b>
<b>Motivo</b>	
<b>Coseguro Neto Calculado</b>	<b>0.00 (*)</b>

## Listado de Prácticas

<b>Prestador</b>	<b>Nomenclador</b>	<b>Práctica</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Cantidad</b>
20095-FEDERACION ARGENTIAN DE CAMARAS DE FARMACIA	Farmacia			
20095-FEDERACION ARGENTIAN DE CAMARAS DE FARMACIA	Farmacia			
20095-FEDERACION ARGENTIAN DE CAMARAS DE FARMACIA	Farmacia			

-----  
Firma y Sello del Prestador

-----  
Firma, aclaración y DNI del Afiliado