

viernes, 15 de marzo de 2024

Estimado Prestador,

Notificamos que al día de la fecha nuestro asociado, según detalle adjunto, se encuentra habilitado para el consumo.

Apellido y Nombre:

Nro. de Credencial:

Plan Contratado: |

Institución:

Fecha de prestación:

Diagnóstico:

Se adjunta la siguiente nota para ser presentada ante quien corresponda a los fines de poder realizar la práctica que se detalla:

Código	Descripción	Cantidad

<Nota válida para liquidación>

Para la gestión de prácticas ambulatorias o de internación que requieren autorización debe solicitarlas a través de nuestro Centro Autorizador:

autorizacionesprestadores@medife.com.ar

Autorizaciones