

FRANQUICIAS (*)	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
MEDICAMENTOS (*1)	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
TABAQUISMO (*2)	70%	30%	LISTADO ADJUNTO (*2)
P.M.I. (*3)	100%	----	VADEMECUM AMBULATORIO

CREDECIAL (Ver modelos) (*4)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO

Oficial: SI (*5)

Particular: SI (*6)

Digital: SI (*7)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 (treinta) días corridos, entre la fecha de prescripción y la fecha de expendio. (*8)

PSICOFARMACOS:

Duplicado: SI

Fotocopia: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

Letras y números arábigos: SI

LIMITACIONES CANTIDAD:

RECETARIOS: Hasta TRES (3) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. EXCEPTO TABAQUISMO, Dos (2) especialidades por receta.

- Con "TRATAMIENTO PROLONGADO" (de puño y le-

tra del profesional): Hasta dos (2) unidades.

- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.

- **Antibióticos inyectables multidosis:** Lo requerido, Combinando la menor cantidad de envases posible.

LIMITACIONES TAMAÑO

Si indica contenido y potencia: Lo requerido.

Si no indica: El menor.

Si indica la palabra "GRANDE": El inmediato siguiente al menor.

Si erra contenido: El inmediato inferior al indicado.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN EL VADEMECUM AMBULATORIO [Excepto ver (*) c y d]

CONFECCION DE RECETARIO POR FARMACIA: (*9)

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACIÓN

Planilla Oficial de ADMIFARM por Triplicado (*10)

REQUERIMIENTOS PARA REALIZAR VENTAS DE P.M.I. Y CON COBERTURA DEL 40% DE DESCUENTO

	PLAN MATERNO INFANTIL	CON 40% DE DESCUENTO
CREDECIAL	Tarjeta Magnética color ocre con inscripción P.M.I. ó Credencial Digital color ocre con inscripción P.M.I.	Tarjeta Magnética color Azul / Credencial Digital color Azul ó Carnet Provisorio.
RECETARIO	Recetario Oficial /Recetario Particular	Recetario Oficial /Recetario Particular

Norma de Atención N°: 5636

Vigencia: **06/03/2024**

<p>CONFECCION DE LA RECETA (debe contener como mínimo)</p>	<p>a- Número de CUIL del afiliado c- Nombre completo del afiliado e- Prescripción de medicamentos con la monodroga g- Cantidad en número y letras i- Indicar tratamiento prolongado si corresponde k- Fecha de prescripción l- Firma y sello del medico m- DIAGNOSTICO</p>	<p>b- Número de CUIL del afiliado d- Nombre completo del afiliado f- Prescripción de medicamentos con la monodroga h- Cantidad en número y letras j- Indicar tratamiento prolongado si corresponde n- Fecha de prescripción o- Firma y sello del medico p- DIAGNOSTICO</p>
<p>CONTROL Receta Versus Credencial Habilitada</p>	<p>Deben coincidir plenamente los datos de la tarjeta magnética con los del recetario, es decir: CUIL . Tarjeta = CUIL . Receta Apellido-Nombre . Tarjeta = Apellido - Nombre . Receta</p>	<p>Corroborar que coincidan plenamente el N° de CUIL de la receta, con el número de CUIL del carnet provisorio o tarjeta magnética azul.</p>

(* FRANQUICIAS

- Ante cualquier inquietud con relación a la atención de los afiliados de Sanidad (ESPECIALIDADES EXCLUIDAS, RECETARIOS HABILITADOS, TARJETAS y AFILIADOS INHABILITADOS, etc.), vuestra farmacia, podrá llamar al servicio de atención gratuita de Sanidad al siguiente teléfono: 0800-999-7264 (las 24 hs. del día, los 365 días del año).
- Se deberán aceptar aquellas recetas que posean medicamentos que no figuren en el vademécum (excepto leches de todo tipo), siempre y cuando, lleven la firma y sello del **Director Médico y/o Auditor Médico** de cada una de las Delegaciones.
- De no poseer la farmacia stock de los medicamentos incluidos en el vademécum, se faculta a la sustitución por otro producto que contenga idénticas características y de MENOR o IGUAL VALOR que el consignado en él.
- Toda RECETA ó PRESCRIPCIÓN MEDICA** deberá efectuarse en forma **obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento** o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis unidad, con detalle del grado de concentración.

(*1) MEDICAMENTOS 40%

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**

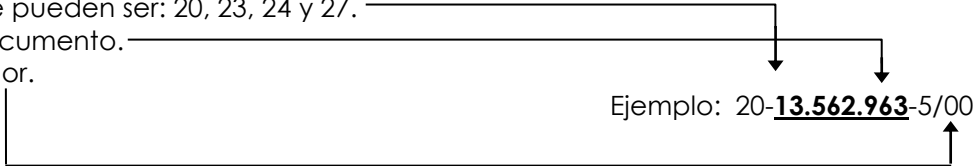
Especificaciones de Ventas para afiliados con 40% de Descuento

MUY IMPORTANTE:

El Número Beneficiario o de C.U.I.L., formado por:

- Dos dígitos que pueden ser: 20, 23, 24 y 27.
- Número de Documento.
- Dígito verificador.

Ejemplo: 20-13.562.963-5/00



En ambos casos, los dos últimos dígitos identifican el parentesco del grupo familiar:

- /00 - Indica que es un Titular
- /01 - Indica que es un Cónyuge
- /02..11 - Indica que es un Hijo

- Si el adquirente fuese un tercero, deberá presentar, además de la documentación del titular dispuesto en la presente, su propio D.N.I. e indicar domicilio y teléfono en la receta.
- La farmacia consignará al dorso de la receta: domicilio, número de D.N.I. y la firma del adquirente.
- Deberán cumplimentar lo anteriormente citado aunque la receta se encuentre previamente autorizada.**
- De no coincidir alguno de estos aspectos o de no presentar documento del afiliado titular: **LA VENTA NO DEBERA SER EFECTUADA CON DESCUENTO.**

NOTA: SE PERMITIRAN 2 (DOS) RECETAS POR MES CALENDARIO. En aquellos casos que el beneficiario necesite superar esta cantidad, él mismo puede solicitar autorización al 0800-999-7264, sin tener que retirarse de la Farmacia y validando la venta en el momento.

También las delegaciones de OSPSA, tendrán el sistema que permite autorizar topes de venta en Farmacia.

(*2) TABAQUISMO

Las recetas relacionadas con el PROGRAMA DE TABAQUISMO deberán contar con AUTORIZACION de la Obra Social, mediante firma y sello del **Director Médico y/o Auditor Médico** de cada una de las Delegaciones.

Los únicos medicamentos con cobertura son los que se detallan en el LISTADO ADJUNTO.

(*3) PLAN MATERNO INFANTIL

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**

Especificaciones de Ventas para afiliados del P.M.I.

A) **COBERTURAS:**

Para la MADRE: Desde el tercer (3er.) mes de gestación y hasta el primer (1er.) mes posterior al parto.

Para el NIÑO: Hasta el año de vida.

MUY IMPORTANTE II:

- No se aceptará la venta de leches (enteras, en polvo o Maternizadas o Medicinales, (ESPECIALES) a beneficiarios de la Obra Social.
- Los productos comerciales en forma farmacéutica comprimidos, tabletas, cápsulas y grageas, NO GOZAN de descuento para la cobertura de recién nacidos (menores de un -1- año) del 100% P.M.I..

NOTA: SE PERMITIRAN 3 (TRES) RECETAS POR MES CALENDARIO. En aquellos casos que el beneficiario necesite superar esta cantidad, él mismo puede solicitar autorización al 0800-999-7264, sin tener que retirarse de la Farmacia y validando la venta en el momento.

También las delegaciones de OSPSA, tendrán el sistema que permite autorizar topes de venta en Farmacia.

(*4) CREDENCIAL

De acuerdo a los modelos que se informan para cada descuento (P.M.I. ó 40% Descuento).

IMPORTANTE: CREDENCIALES DIGITALES, Siempre será necesario la presentación del **DNI**, junto a la Credencial Digital.

(*5) RECETARIO

- Todas las recetas deberán llevar fecha de vencimiento.
- La validez de la receta no deberá superar la fecha de vencimiento.

MUY IMPORTANTE DESCUENTOS MIXTOS: A partir de la fecha de vigencia de la presente normativa, **se podrán aceptar recetarios con descuentos mixtos (40%/70%)**. Los mismos deberán estar organizados de la siguiente manera:

- Se realizará una fotocopia del recetario.
- Se facturará en el recetario original el producto que posea el mayor descuento.
- En la fotocopia se facturará el producto de menor descuento. Se deberá indicar en forma manuscrita que el recetario original se encuentra en la presentación del 70%.
- Obligatoriamente deberán ser presentados en el mismo periodo.**

P.M.I. - PLAN MATERNO INFANTIL - 100% de Descuento SOLO CON TARJETA Magnética COLOR OCRE ó con CREDENCIAL DIGITAL COLOR OCRE.

Deberán controlar CUIL y Código de Parentesco, y el Apellido y Nombre (que deben coincidir completamente con los de la tarjeta magnética).

DE NO COINCIDIR EXACTAMENTE AMBOS NUMEROS NO SE DEBE REALIZAR LA VENTA.

NOTA:

Ante cualquier duda con respecto a la Delegación a la cual pertenece vuestra Farmacia, rogamos tengan a bien, comunicarse con nuestro DEPARTAMENTO DE FARMACIAS al siguiente número telefónicos:

011 - 5254-9050

(*6) RECETARIOS PARTICULARES

VÁLIDOS PARA TODOS LOS PLANES:

c) De CUALQUIER HOSPITAL NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL, CENTROS MEDICOS, CLINICAS Y SANATORIO con membrete ORIGINAL.

d) De CUALQUIER MEDICO con membrete preimpreso en ORIGINAL.

Los mismos deberán contener mínimamente los siguientes datos:

- q- Número de CUIL del afiliado
- r- Nombre completo del afiliado
- s- Prescripción de medicamentos con la monodroga
- t- Cantidad en número y letras
- u- Indicar tratamiento prolongado si corresponde
- v- Fecha de prescripción
- w- Firma y sello del médico.
- x- Diagnóstico

(*7) RECETARIO DIGITAL

Se acepta recetario digital. Ver modelos página 9 y 10.

(*8) VALIDEZ DE LA RECETA

Verificar la fecha de vencimiento de la receta.

b) ADICIONALES

Verificar en el recetario la existencia de la fecha de prescripción.

(*9) CONFECCION DE RECETAS

a) Por cada especialidad vendida (renglón) consignar el precio total de esa especialidad (precio unitario por cantidad vendida).

Norma de Atención N°: 5636
 Vigencia: 06/03/2024

MODELO DE RECETARIO

a) TAMAÑO 25,5 X 11,4 CM., CON BORDES TROQUELADOS, NUMERO PREIMPRESO DEBAJO DEL RECUADRO EN COLOR ROJO

		FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD FILIAL ZONA SUR - HIPOLITO YRIGOYEN 7066 - (1828) BANFIELD - TEL.: 4202-4502 / 2120 / 2108		RECETARIO	
PERSONERA ORIGINAL N° 158 DESCUENTO 40%	APELLIDO Y NOMBRES GUNZALEZ BRACIELA B.	BENEF. NRO. 27 1696268376	U.N.S. - R.N.D.S. 1-1986 SERIE 004	NUMERO 029413783	
DOMICILIO		LOCALIDAD		TEL.	
DIAGNOSTICO				EDAD:	
LETRAS			TROQUELADO		
NUMEROS			TROQUELADO		
LETRAS			TROQUELADO		
NUMEROS			TROQUELADO		
Fecha de Vto: 02/02/2025			TOTAL		
SELLO, FIRMA Y MATRICULA DEL PROFESIONAL			AC BENEF.		
CONFORME	ACLARACION FIRMA	DOCUMENTO	AC O. SOCIAL		
3700- 00476966			3700- 00476966		

MODELO DE RECETARIO

b) TAMAÑO 27,9 X 21,5 CM., SIN BORDES TROQUELADOS, NUMERO PREIMPRESO DEBAJO DEL RECUADRO EN COLOR AZUL

		FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD FILIAL BUENOS AIRES - SAENZABER 158 - BUENOS AIRES		RECETARIO	
PERSONERA ORIGINAL N° 158 DESCUENTO 40%	APELLIDO Y NOMBRES	BENEF. NRO.	U.N.S. - R.N.D.S. 1-1986 SERIE	NUMERO	
DOMICILIO		LOCALIDAD		TEL.	
DIAGNOSTICO				EDAD:	
LETRAS			TROQUELADO		
NUMEROS			TROQUELADO		
LETRAS			TROQUELADO		
NUMEROS			TROQUELADO		
Fecha de Vto: 02/02/2025			TOTAL		
SELLO, FIRMA Y MATRICULA DEL PROFESIONAL			AC BENEF.		
CONFORME	ACLARACION FIRMA	DOCUMENTO	AC O. SOCIAL		
N° 0100-01290997			N° 0100-01290997		

MODELO DE RECETARIO

 Obra Social del Personal de la SANIDAD A r g e n t i n a R.N.O.S. 1-1950 TEL. San Juan 2954 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires(1148)		PRESCRIPCION MEDICAMENTOS *** PARA LA FARMACIA ***			
N° DE BENEFICIARIO: 27128802962/00		FILIAL: Buenos Aires			
NOMBRE Y APELLIDO: VIERA, ADRIANA		DNI: 12880296			
DESCUENTO: 70%	EDAD: 64	SEXO: F			
DOMICILIO: GUAYAQUIL		520 4 TE: 4901-5191			
LOCALIDAD - PROVINCIA: CAPITAL FEDERAL Ciudad Autonoma de Buenos Aires					
DIAGNOSTICO 1:	HIPERTENSION ARTERIAL				
DIAGNOSTICO 2:					
DIAGNOSTICO 3:					
DIAGNOSTICO 4:					
DIAGNOSTICO 5:					
CORRESPONDE TRATAMIENTO PROLONGADO					
TRATAMIENTO INDICADO					
Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones
Rp1	BISOPROLOL 2.5mg Comp. Rec. x 30 (CONCOR). Env.: 2 (dos)	1	1	7	
Rp2					
Rp3					
_____ FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE		____/____/____ FECHA			 279548

MODELO DE RECETARIO DIGITAL



Receta de emergencia Covid-19

Datos del paciente

Nombre: Farid Murzone
DNI: 35123123
Obra social: FATSA
Plan: 123
Número de afiliado: 123123123

Rp/

Cantidad	Producto	Presentación	Droga	Indicaciones
1 - (uno)	BAGOVIT A	Classic cr.x 200 g	vit.a	Indicaciones de uso...



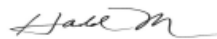
9203060549941

Médico

Nombre: AYELEN DOC
Matrícula: 455646

Fecha

10:06 23/06/2022



Contacto: info@uma-health.com - 0800-888-3637

www.umasalud.com - Melián 2752, CABA, Argentina

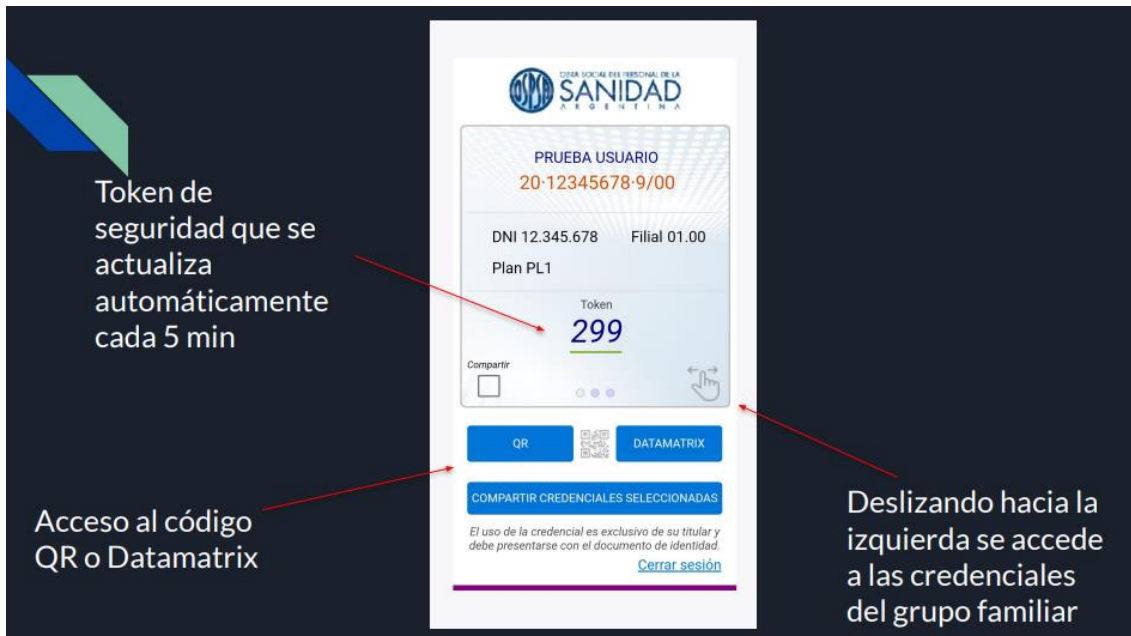
Norma de Atención N°: 5636
Vigencia: 06/03/2024

Obra Social del Personal de la SANIDAD ARGENTINA PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS *** PARA LA FARMACIA *** <small>R.N.O.S. 1-1990 TEL. 4943-9400 VENEZUELA 2359 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires(1096)</small>	Obra Social del Personal de la SANIDAD ARGENTINA PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS *** PARA LA FARMACIA *** <small>R.N.O.S. 1-1990 TEL. 4943-9400 VENEZUELA 2359 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires(1096)</small>																																																
N° DE BENEFICIARIO: 20987654321/02 FILIAL: Buenos Aires	N° DE BENEFICIARIO: 20987654321/02 FILIAL: Buenos Aires																																																
NOMBRE Y APELLIDO: AFILIADO, TURNITO DNI: 98765432	NOMBRE Y APELLIDO: AFILIADO, TURNITO DNI: 98765432																																																
DESCUENTO: 40% EDAD: 7 SEXO:	DESCUENTO: 40% EDAD: 7 SEXO:																																																
DOMICILIO: TE: 4567-8910	DOMICILIO: TE: 4567-8910																																																
LOCALIDAD - PROVINCIA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires	LOCALIDAD - PROVINCIA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires																																																
DIAGNOSTICO 1: sin valor. es prueba.	DIAGNOSTICO 1: sin valor. es prueba.																																																
DIAGNOSTICO 2:	DIAGNOSTICO 2:																																																
DIAGNOSTICO 3:	DIAGNOSTICO 3:																																																
DIAGNOSTICO 4:	DIAGNOSTICO 4:																																																
DIAGNOSTICO 5:	DIAGNOSTICO 5:																																																
TRATAMIENTO INDICADO	TRATAMIENTO INDICADO																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Rp</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>UxT</th> <th>TxD</th> <th>DxS</th> <th>Indicaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rp1</td> <td>BUDESÓNIDA + FORMOTEROL Caps. p/inhal. x 120 sin aplc. (NEUMOTEROL 200). Env.: 1 (uno)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>rp 1</td> </tr> <tr> <td>Rp2</td> <td>ENALAPRIL 2.5mg Comp. x 60 (LOTRIAL). Env.: 1 (uno)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>rp 2</td> </tr> <tr> <td>Rp3</td> <td>BUDESÓNIDA + FORMOTEROL 400mg Caps. c/Aplc. x 60 (NEUMOTEROL 400). Env.: 1 (uno)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>rp 3</td> </tr> </tbody> </table>	Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones	Rp1	BUDESÓNIDA + FORMOTEROL Caps. p/inhal. x 120 sin aplc. (NEUMOTEROL 200). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 1	Rp2	ENALAPRIL 2.5mg Comp. x 60 (LOTRIAL). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 2	Rp3	BUDESÓNIDA + FORMOTEROL 400mg Caps. c/Aplc. x 60 (NEUMOTEROL 400). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Rp</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>UxT</th> <th>TxD</th> <th>DxS</th> <th>Indicaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rp1</td> <td>QUETIAPINA 100mg Comp. Rec. x 60 (BIATRIX 100). Env.: 1 (uno)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>rp 4</td> </tr> <tr> <td>Rp2</td> <td>SUMATRIPTÁN 70mg Comp. Rec. x 4 (SUMATRIPTAN TEVA). Env.: 1 (uno)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>rp 5</td> </tr> <tr> <td>Rp3</td> <td>ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO Susp. x 175ml (MEGATRIC). Env.: 1 (uno)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>rp 6</td> </tr> </tbody> </table>	Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones	Rp1	QUETIAPINA 100mg Comp. Rec. x 60 (BIATRIX 100). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 4	Rp2	SUMATRIPTÁN 70mg Comp. Rec. x 4 (SUMATRIPTAN TEVA). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 5	Rp3	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO Susp. x 175ml (MEGATRIC). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 6
Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones																																												
Rp1	BUDESÓNIDA + FORMOTEROL Caps. p/inhal. x 120 sin aplc. (NEUMOTEROL 200). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 1																																												
Rp2	ENALAPRIL 2.5mg Comp. x 60 (LOTRIAL). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 2																																												
Rp3	BUDESÓNIDA + FORMOTEROL 400mg Caps. c/Aplc. x 60 (NEUMOTEROL 400). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 3																																												
Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones																																												
Rp1	QUETIAPINA 100mg Comp. Rec. x 60 (BIATRIX 100). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 4																																												
Rp2	SUMATRIPTÁN 70mg Comp. Rec. x 4 (SUMATRIPTAN TEVA). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 5																																												
Rp3	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO Susp. x 175ml (MEGATRIC). Env.: 1 (uno)	1	1	7	rp 6																																												
Firmado por: Freitez Angel MN 123456 Organización: OSPSA Servicio: fecha: 15/08/2023 11:42:02 a.m. FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE	Firmado por: Freitez Angel MN 123456 Organización: OSPSA Servicio: fecha: 15/08/2023 11:42:02 a.m. FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE																																																
15 / 08 / 2023 FECHA 298120	15 / 08 / 2023 FECHA 298120																																																

CREDENCIALES DIGITALES



CREDENCIAL DIGITAL WEB



Token de seguridad que se actualiza automáticamente cada 5 min

Acceso al código QR o Datamatrix

Deslizando hacia la izquierda se accede a las credenciales del grupo familiar

PRUEBA USUARIO
20-12345678-9/00

DNI 12.345.678 Filial 01.00
Plan PL1

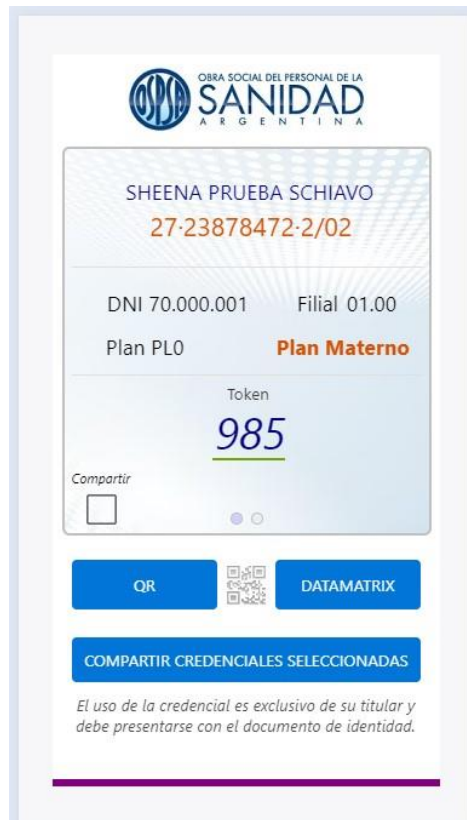
Token
299

Compartir

QR DATAMATRIX

COMPARTIR CREDENCIALES SELECCIONADAS

El uso de la credencial es exclusivo de su titular y debe presentarse con el documento de identidad.
[Cerrar sesión](#)



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA
SANIDAD
ARGENTINA

SHEENA PRUEBA SCHIAVO
27-23878472-2/02

DNI 70.000.001 Filial 01.00
Plan PLO **Plan Materno**

Token
985

Compartir

QR DATAMATRIX

COMPARTIR CREDENCIALES SELECCIONADAS

El uso de la credencial es exclusivo de su titular y debe presentarse con el documento de identidad.