|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estimado Prestador:A través de la presente nota, les comunicamos que aquellos afiliados que se dirijan a vuestra institución con las siguientes credenciales, deberán pesentar además una autorización de Prevención Salud para recibir la atención.

|  |  |
| --- | --- |
| *cid:image003.jpg@01D11B02.4A5F0200* | *cid:image004.jpg@01D11B02.4A5F0200* |

 Por cualquier consulta o ampliación contactarse por mail a *prestadores@prevencionsalud.com.ar* o  a nuestra línea de atención a prestadores  0810-555-1055  |

 |