|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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*](mailto:prestadores@prevencionsalud.com.ar) o  a nuestra línea de atención a prestadores  0810-555-1055 | |