



**COLEGIO DE  
PSICÓLOGAS  
Y PSICÓLOGOS**



PROV. DE SANTA FE · 2° CIRC  
ROSARIO · ARGENTINA

## **INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN BRITANICA SALUD**

(RP + Autoriza por el sistema de AMR con el número 25)

- Autorización online vía sistema AMR con el número 25 + RP
- Cupo anual: treinta sesiones / Cupo mensual: cuatro sesiones
- PLANES Máximo Oro; Oro 100; Plata; Plata 100; Primordial; Primordial 100; Vida; Vida 100; Vida HC; Vida HP.
- Incluye coseguro en el detalle de la autorización. El/la paciente debe abonárselo a el/la profesional.
- Incluir fechas de sesiones y conformidad de afiliado/a.

### **AUTORIZACIÓN AMR**

	<b>AUTORIZACION NRO:</b>	62626/0 62626/0
		
	<b>Prestador:</b>	
	<b>Profesional:</b>	
	<b>Prescriptor:</b>	
	<b>Afiliado:</b>	
	<b>Plan:</b>	Cond.IVA:Exento    Fecha: 11-12-2019    Pág: Pág: 1 de 1

Código	Descripción	Cant.	Importe	I.V.A.	Total	Urg.
330101	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES NIÑOS ..	4	\$ 543,00	\$ 0,00	\$ 543,00	No
			\$ 543,00	\$ 0,00	\$ 543,00	

Confirmitad del Afiliado Aclaración:	Diagnóstico	Nota: Las prestaciones marcadas con @@ están sujetas a AUDITORIA POSTERIOR
-----------------------------------------	-------------	----------------------------------------------------------------------------

**FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO**

**DIAGNÓSTICO**



# COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS

PROV. DE SANTA FE · 2° CIRC  
ROSARIO · ARGENTINA

## MODELO DE RP 1

N° MAT.	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
OBRA SOCIAL	<input type="text"/>		
N° Afiliado:	<input type="text"/>		
Nombre y Apellido:	<input type="text"/>		
Solicito autorización para ..... sesiones de .....			
..... (cód. ....)			
Diagnóstico:	<input type="text"/>		
.....			
Fecha	Firma	Aclaración	N° DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dir. Consultorio: _____		<input type="text"/>	
Tel: _____			
		Firma y Sello	



**COLEGIO DE  
PSICÓLOGAS  
Y PSICÓLOGOS**

PROV. DE SANTA FE · 2° CIRC  
ROSARIO · ARGENTINA

**MODELO DE RP 2**

*Nombre y Apellido*  
*Psicólogo/a- Mat. N° xxxx*

**R/P:**  
Nombre y apellido de la/el pte:  
DNI:  
Obra Social:  
N° De Afiliado/a:  
Diagnóstico:

Solicito autorización para realizar ..... sesiones de  
.....(Código .....) para el mes de ..... de 20....

Firma y  
sello profesional

*Teléfono. Dirección de consultorio- Ciudad*