



## **INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN AMFFA**

(R/P + Autorización de la O.S)

- Confeccionar R/P. El/la paciente debe autorizarlo en la O.S. Dejamos dos sugerencias/modelos de R/P.
- El/la afiliado/a debe solicitar la autorización a través de correo electrónico a [autorizaciones@amffa.com.ar](mailto:autorizaciones@amffa.com.ar) o al wapp 221 3188014.
- La/el psicóloga/o debe entregar en CDT el R/P autorizado.
- Se pueden autorizar hasta 4 sesiones juntas por mes, 30 por año.

### **MODELO DE R/P 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"/>
Dir. Consultorio: _____		<input type="text"/> Firma y Sello	
Tel: _____			



## **MODELO DE R/P 2**

EJ: 4  
(Cuatro)  
Sesiones  
Psicoterapia  
Individual  
(330101)

<p><i>Nombre y Apellido</i> <i>Psicólogo/a- Mat. N° xxxx</i></p>
<p><b>R/P:</b> Nombre y apellido de la/el pte: DNI: Obra Social: N° De Afiliado/a: Diagnóstico:</p>
<p>Solicito autorización para realizar .....sesiones de .....(Código .....) para el mes de ..... de 20....</p>
<p>Firma y sello profesional</p>
<p><i>Teléfono. Dirección de consultorio- Ciudad</i></p>