



## **INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN AMUR (MUTUAL RURALISTA)**

(Autorización por AMR N° 37

o con R/P + Autorización de la O.S)

- Autorizar de dos maneras:
  1. A través de AMR, N° 37. Completar la parte inferior de la misma.
  2. Con pedido de sesiones a través de R/P (ofrecemos dos modelos) y autorización de la O.S (completar los espacios requeridos en dicha autorización).
- Se podrán autorizar por AMR, hasta 4 (cuatro) sesiones por mes juntas, 30 anuales.
- Completar cada requisito de la autorización.

- Autorización vía AMR, NO lleva R/P.
- Reconoce atención remota. Adjuntar hoja impresa del mail enviado por el/la paciente, con el consentimiento de la práctica realizada. Ante cualquier duda, se puede consultar por mail a [protocolopsi2020@gmail.com](mailto:protocolopsi2020@gmail.com)
- Consentimiento vía mail: "(Nombre del/la paciente) \_\_\_\_, con DNI N°\_\_\_\_\_ afiliado a (nombre de la O.S.), con N° de afiliación \_\_\_\_\_, he aceptado y confirmo la realización de (1) \_\_ (práctica que corresponde) \_\_\_\_\_, con el /la Psicóloga/o (2) \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ a las \_\_\_ horas."



## AUTORIZACIÓN AMR

	<b>AUTORIZACION NRO: 21AU733356</b>		65500/4 65500/4
<b>Prestador:</b> E	<b>Profesional:</b>		
<b>Afiliado:</b>			
<b>Plan:</b> A	<b>Cond.IVA:</b> Gravado	<b>Fecha:</b> 02-03-2021	<b>Pág:</b> 1 de 1

  

Código	Descripción	Cant.	Bonos	Nro Bono	Urg.
330101	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES NIÑOS ..	1	Sin Cargo		No

  

Conformidad del Afiliado, Aclaración DNI:	<b>Diagnóstico</b>	<b>Fecha Prestación</b>	<b>Firma y sello profesional</b>
---	--------------------	-------------------------	----------------------------------

Nota: Las prestaciones marcadas con @ están sujetas a AUDITORIA POSTERIOR

## MODELO DE R/P 1

Nº MAT. [ ][ ][ ][ ][ ]	FECHA [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
-------------------------	--------------------------

OBRA SOCIAL [ ]

Nº Afiliado: [ ]

Nombre y Apellido: [ ]

Solicito autorización para ..... sesiones de .....  
..... (cód. ....)

Diagnóstico: [ ]

Fecha	Firma	Aclaración	Nº DNI

Dir. Consultorio: [ ]

Tel: [ ]

[ ]  
Firma y Sello



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

EJ: 4  
(Cuatro)  
Sesiones  
Psicoterapi  
a Individual  
(330101)

*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*



**COLEGIO DE  
PSICÓLOGAS  
Y PSICÓLOGOS**  
PROV. DE SANTA FE - 2º CIRC  
ROSARIO - ARGENTINA

**AUTORIZACIÓN DE LA O.S. PARA ADJUNTAR AL R/P**

**Amur**  
SALUD | ÓPTICA | FARMACIA

**AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES EN AMBULATORIO**

Nº de Autorización: AU720287  
Fecha de Autorización: 19/02/2021  
Fecha de Auditoría: 19/02/2021  
Sucursal Solicitante: 0149 (U01176)

Fecha de Emisión: 19/02/2021  
Caja Suc. 0149 N°: 00421 T. Orden: PP  
Autoriza: VALIDADOR  
Usuario:

Facturador: \_\_\_\_\_ Efector: \_\_\_\_\_  
AFILIADO: 1281021938 PLAN PREF EDAD: \_\_\_\_ años EMP.: 128102-1938

**PRESTACIONES AUTORIZADAS**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT. AUTORIZADA
1 - 330101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL NIÑOS Y ADULTOS	2.0

MEDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
 DNI Afiliado: \_\_\_\_\_ Firma del Afiliado: \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO: 0644 - ANSIEDAD  
 Firma y Sello del Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha de Atención: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN VÁLIDA HASTA EL 21/03/2021

---

CONSTANCIA DE PAGO - DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO FACTURA

ORDEN N°	NUMERO SUCURSAL	FECHA DE EXPENDIO	NUMERO SOCIO	IMPORTE P/DIFERIDO
AU720287	0149	19/02/2021		

**CENTRO FACTURADOR: TUCUMAN 2540 (S3000FJZ) SANTA FE - C.U.I.T. N° 30-56751013-8**