



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

INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN DE IAPOS ACCIDENTE DE TRABAJO

(Se entrega formulario que otorga el Iapos, completo y autorizado)

- Se autoriza en la obra social. El Iapos brindará un formulario que deberá entregarse completo y autorizado.

- No lleva bonos.

DiPART <small>División Previsión Económica de Seguridad del Trabajo</small>	FORMULARIO ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL SIN CARGO	IAPOS <small>Instituto Argentino de Previsión Social</small>				
Autorízase la cobertura asistencial a favor del afiliado						
Prestación Solicitada <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas Médicas <input type="checkbox"/> • Bioquímicas <input type="checkbox"/> • Consultas <input type="checkbox"/> • Internación <input type="checkbox"/> 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Apellido y Nombres del Beneficiario</td> <td style="width: 50%;">Nro. Documento de Identidad</td> </tr> <tr> <td>Carre electrónico</td> <td>Teléfono</td> </tr> </table>	Apellido y Nombres del Beneficiario	Nro. Documento de Identidad	Carre electrónico	Teléfono	
Apellido y Nombres del Beneficiario	Nro. Documento de Identidad					
Carre electrónico	Teléfono					
Clínica / Sanatorio / Profesional: _____ Servicio que se autoriza: _____ DIAGNÓSTICO: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Lugar y fecha de emisión Firma y Sello autoridad DiPART </div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> Firma Profesional: _____ Aclaración: _____ Firma conformidad del afiliado _____ </div> <div style="width: 30%;"> N° de Matrícula: _____ Sello de la Entidad Prestadora _____ </div> </div>						
La presente orden tiene validez para liquidar al profesional prestador o entidad interviniente los honorarios y derechos correspondientes al servicio prestado.						
Entregar al PRESTADOR DEL SERVICIO. Válido para facturar a la Obra Social.						

PARA EL PROFESIONAL PRESTADOR									
a) ¿Prescribe medicamentos? En caso negativo, deberá anular el recetario adjunto. b) El recetario es válido para medicamentos relacionados con patologías del accidente/enfermedad profesional. Recuerde prescribir los que figuran dentro del Vademécum del IAPOS.									
Original: para ser entregado al PRESTADOR DEL SERVICIO. Válido para facturar a la Obra Social.									
IAPOS <small>Instituto Argentino de Previsión Social</small>	FORMULARIO ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL SIN CARGO								DiPART <small>División Previsión Económica de Seguridad del Trabajo</small>
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO									
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		FECHA PRESCRIPCIÓN		FECHA EXPENDIO					
DIAG. Rp		DIAG. Rp		TROCUEL 1					
DIAG. Rp		DIAG. Rp		TROCUEL 2					
DROGA	FORMULA FARMACEUTICA	CONCIS. TRACCION	CONE. GORRAL	EMPAQES Rec.	EMPAQES Latex	EMPAQES	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	
DROGA									
NOMBRE SUGERIDO									
DROGA									
NOMBRE SUGERIDO									
FIRMA, SELLO Y DATOS DEL PRESCRIPCIÓN		DATOS DEL AFILIADO o Su						TOTAL FACTURADO	
FIRMA:		FIRMA:						SIN CARGO	
ACIARACION:		ACIARACION:							
DOMICILIO:		DOMICILIO:							
TELÉFONO:		TELÉFONO:							
MATRICULA:		DOC. IDENTIDAD:						FIRMA Y SELLO DEL FARMACÉUTICO	