



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

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

INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN DE IAPOS CONVENIO

RECIPROCIDAD

(pedido de autorización por mail + R/P)

- 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 iaposreciprocidadrosario@santafe.gov.ar
- Las prestaciones tienen un coseguro. Éste equivale al valor de una "orden de consulta". El/la paciente debe abonar un coseguro por sesión de manera directa al profesional (el monto total en coseguros será debitado a cada prestador/a al momento de liquidarle la factura al Colegio)
- La/el psicóloga/o debe entregar en CDT el R/P autorizado.
- Se pueden autorizar hasta 4 sesiones juntas por mes, 30 por año.
- Si la carta de presentación se encuentra vencida, el afiliado debe comunicarse para su renovación al email de autorización:
iaposreciprocidadrosario@santafe.gov.ar



COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS

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

MODELO DE R/P 1

N° MAT.						FECHA					
OBRA SOCIAL											
N° Afiliado:											
Nombre y Apellido:											
Solicito autorización para sesiones de (cód.)											
Diagnóstico:											
Fecha	Firma	Aclaración	N° DNI								
Dir. Consultorio:						Firma y Sello					
Tel:											

MODELO DE R/P 2

EJ: 4 (Cuatro) Sesiones Psicoterapia Individual (330101)	<i>Nombre y Apellido</i> <i>Psicólogo/a- Mat. N° xxxx</i>
	R/P: Nombre y apellido de la/el pte: DNI: Obra Social: N° De Afiliado/a: Diagnóstico:
	Solicito autorización para realizarsesiones de(Código) para el mes de de 20....
	Firma y sello profesional
	<i>Teléfono. Dirección de consultorio- Ciudad</i>



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

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