



## INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN JERÁRQUICOS SALUD

(autoriza por el sistema de AMR con el número 15 + RP +  
Historia Clínica)

- Autorizar por AMR 1 (una) sesión por semana
- Respaldar las sesiones de AMR con la confección de 1 (UN) único RP, cuya fecha sea igual a la de la primera sesión del mes (completar todos los campos). Anexar Historia Clínica en caso de 3 o 4 sesiones mensuales
- Solo acepta atención presencial
- Todas las conformidades de las sesiones deben tener aclaración y DNI del/de la afiliado/a, junto a la fecha de sesiones.

**- PRESENTAR HISTORIA CLÍNICA RESPALDATORIA ANEXADA AL PEDIDO DE 3 O 4 SESIONES MENSUALES. ESTO DEBE REPETIRSE EN CADA MES. PARA 2 SESIONES MENSUALES, NO SERÁ REQUISITO LA HISTORIA CLÍNICA**

SI LA PRÁCTICA A REALIZAR ES LA **33.01.03** (Psicoterapia de Familia o pareja) DEBERÁ TENER LA CONFORMIDAD DE TODOS LOS QUE INTEGREN LAS SESIONES, CON ACLARACIÓN Y D.N.I.

		<b>AUTORIZACION NRO:</b> 63174/0 63174/0			
Prestador: Profesional: Afiliado:					
Plan: PMI	Cond.IVA:Exento	Fecha: 19-08-2020	Pág: 1 de 1		
Código	Descripción	Cant.	Bonos	Nro Bono	Urg.
330101	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES NIÑOS ...	4	Sin Cargo		No
Conformidad del Afiliado Aclaración: DNI:	Diagnóstico	Fecha Prestación	Firma y sello profesional	Nota: Las prestaciones marcadas con @@ están sujetas a AUDITORIA POSTERIOR	

FIRMA, ACLARACIÓN  
Y DNI AFILIADO/A

DIAGNÓSTICO

FECHA DE  
SESIÓN

FIRMA Y SELLO  
PROFESIONAL



# COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS

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

## MODELO DE RP 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 RP 2

<b>EJ: 4 (CUATRO) Sesión de Psicoterapia Individual (330101)</b>		<i>Nombre y Apellido</i> <i>Psicólogo/a- Mat. N° xxxx</i>	
		<i>R/P:</i> 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	
		<i>Teléfono. Dirección de consultorio- Ciudad</i>	