



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

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

INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN MEDYCIN (A. M. A ASOCIACIÓN MUTUAL ARGENTINA)

(Sin cobertura en Rosario- R/P + Autorización en la O.S)

- Confeccionar R/P con el pedido de sesiones correspondiente. Sugerimos, a continuación, dos modelos de R/P. NO se autoriza por AMR.
- El/la paciente debe autorizar dicha orden en su O.S.
- La/el psicóloga/o debe presentar en CDT la orden, autorizada.
- Código 330101/330103: se pueden autorizar hasta 4 sesiones por mes, 30 anuales.

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:			
.....			
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: _____		Firma y Sello	
Tel: _____		



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

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

MODELO DE R/P 2

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 realizarsesiones de
.....(Código) para el mes de de 20....

Firma y
sello profesional

Teléfono. Dirección de consultorio- Ciudad