



COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS

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

INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN DE OSPAC

(Validación de AMR + rp)

- Autorizar en AMR, de a una sesión, con TOKEN obligatorio.
- Es indispensable que todos los campos de la autorización estén completos.
- Debe adjuntar el pedido de sesiones o R/P si así lo indica la validación de AMR.
- Tiene coseguro. Debe abonarlo el/la paciente a través de la App de Ospac o directamente en la Obra Social.

AMR

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE						
25 DE MAYO 1867 - (3000) SANTA FE - TEL/FAX(0342)4593385 / JUJUY 2154 - (2000) ROSARIO - TEL/FAX(0341)4251158						
	AUTORIZACION NRO: A2025709317				67555/6	
	Prestador: [REDACTED]				67555/6	
	Efector: [REDACTED]					
	Prescriptor: [REDACTED]					
	Afiliado: [REDACTED]					
Plan: PLAN A		N°Doc: 35.647.366		Sexo: F	Edad: 32	
Fecha: 11-04-2025				Pág: Pág: 1 de 1		
Código	Descripción	Cant.	Valor	%R	Coseguro	Urg.
334001	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES NIÑOS ..	1	\$ 18.673..	70	[REDACTED]	No
<small>Esta autorización de OSPAC debe adjuntarse a la prescripción. caso contrario no se abonará la prestación. El monto del coseguro por las prácticas indicadas en la presente autorización es abonada por el afiliado a [REDACTED] y OSPAC abonará el remanente.</small>						
Diagnóstico:				Total abonado al efector [REDACTED]		
Conformidad del Afiliado _____				Firma y sello profesional _____		
Nota: Las prestaciones marcadas con @@están sujetas a AUDITORIA POSTERIOR						



COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS

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

MODELO DE RP 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