



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

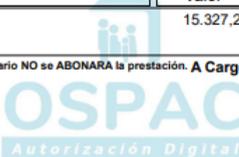
PROV. DE SANTA FE · 2° CIRC
ROSARIO · ARGENTINA

INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN DE OSPAC

(R/P + Autorización de la Obra
Social)

- Confeccionar R/P.
- El/la afiliado/a debe autorizarlo en la Obra Social.
- Es indispensable que todos los campos de la autorización emitida por la OS estén completos.
- Debe adjuntar el pedido de sesiones o R/P a la autorización. El mismo debe contener: nombre de la obra social; datos de la afiliada/o, diagnóstico, fecha de pedido, práctica a realizar, cantidad de sesiones y mes al que corresponden; firma y sello del profesional.

NO se autoriza por AMR.

 <p style="font-size: small;">Caja de Seguridad Social para los Profesionales del Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe Ley 12.818</p>	<p>Hoja Nro.: 1</p> <p>Plan: A</p>	<p>NRO. ORD.: 43746</p>	 <p style="font-size: x-small;">* R P R 2 0 2 3 0 4 3 7 4 6 *</p>																				
<p>Afiliado Titular Paciente: Tipo y Nro. Documento: Profesional: *</p>	<p>Número: Número: Edad años Sexo: FEMENINO Fecha Atención: / / Hora:</p>	<p>COSEGURO ABONAR AL EFECTOR</p>																					
<p>PRACTICAS AMBULATORIAS PARA AGENCIAS</p>																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Codigo</th> <th style="width: 40%;">Descripción</th> <th style="width: 10%;">Valor</th> <th style="width: 5%;">H</th> <th style="width: 5%;">G</th> <th style="width: 5%;">Cant.</th> <th style="width: 5%;">Rgo</th> <th style="width: 5%;">MV</th> <th style="width: 5%;">%R</th> <th style="width: 10%;">Coseguro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 334001 0</td> <td>SESIONES PSICOTERAPIA</td> <td style="text-align: right;">15.327,20</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">050</td> <td style="text-align: right;">7.663,60</td> </tr> </tbody> </table>	Codigo	Descripción	Valor	H	G	Cant.	Rgo	MV	%R	Coseguro	01 334001 0	SESIONES PSICOTERAPIA	15.327,20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	050	7.663,60	<p>Obs.: sept 2023, total 4 sesiones de 30.</p> <p>Esta orden de OSPAC debe adjuntarse a la prescripción, caso contrario NO se ABONARA la prestación. A Cargo Afiliado(abonar al Efector): 7.663,60 SIN COBRO DE ADICIONALES</p>		
Codigo	Descripción	Valor	H	G	Cant.	Rgo	MV	%R	Coseguro														
01 334001 0	SESIONES PSICOTERAPIA	15.327,20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	050	7.663,60														
																							
<p>RPR2023043746</p>	<p>DIAGNOSTICO: F41</p>	<p>FECHA VENCIMIENTO: 07/10/2023</p>																					
<p>CONTROL: FERRARIO 07/09/2023 12:27:26</p>	<p>Firma y sello Responsable Agencia</p>	<p>Firma, Matrícula y Sello del Profesional</p>	<p>Código de seguridad: MEPDF523511014</p>																				
<p style="text-align: center;">SEDE. 25 de Mayo 1867 PB - Santa Fe (3000) - Santa Fe. Tel./Fax. (0342) 4593385 - E-mail: artedecurar@cpac.org.ar DELEGACIÓN. Jujuy 2146/50 - Rosario (2000) - Santa Fe. Tel./Fax. (0341) 4251158 - E-mail: artedecurarros@cpac.org.ar</p>																							

OSPAC - Documento autenticado

La presente Orden es de utilización por una única vez, siendo responsabilidad del afiliado su mal uso y pasible de las sanciones legales que signifiquen un perjuicio a la OSPAC.



COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS

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

MODELO DE RP 1

N° MAT.	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
---------	----------------------	-------	----------------------

OBRA SOCIAL

N° Afiliado:

Nombre y Apellido:

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:

Tel:

<input type="text"/>

Firma y Sello



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