



INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN OSPACARP (OBRA SOCIAL PATRONES DE CABOTAJE)

(R/P con la autorización de la Obra Social)

- Elaborar R/P con el pedido de sesiones correspondientes (Dejamos dos sugerencias/modelos de R/P).
- Se autorizan hasta 4 sesiones por mes.
- El/la paciente puede autorizar el R/P en la OS por dos vías:
 1. Debe dirigirse a la Obra Social para autorizar la orden con el R/P que el/la profesional le dio.
 2. A través de un correo electrónico, enviando una foto del R/P a auditoriamedica@ospatrones.com.ar.
- El/la profesional debe entregar al CDT: el R/P completo y la autorización efectuada por la Auditoría de la OS, con todos los ítems completos.
- **Coseguro:** los pacientes de plan Básico, Especial y Prensa, tendrán que abonar el importe que corresponda a la cantidad de sesiones que se solicitan para el mes en la Delegación de OSPatrones

- Se reconoce **atención remota**. En este caso, el R/P se autoriza a través de un correo electrónico (que contiene foto o escaneado de la orden). El/la paciente debe reenviar dicho R/P a auditoriamedica@ospatrones.com.ar
- Una vez que su paciente reciba la Autorización desde la Obra Social se la reenviará a Ud. para que la presente en el CDT. En este caso: adjuntar email de conformidad sesión por sesión y el R/P original.



- **Consentimiento informado: se enviará al inicio del tratamiento on-line y cada vez que se solicite la extensión del mismo bajo la misma modalidad.**

MODELO DE R/P 1

Nº MAT.	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
---------	----------------------	-------	----------------------

OBRA SOCIAL

Nº Afiliado:

Nombre y Apellido:

Solicito autorización para sesiones de
..... (cód.)

Diagnóstico:

Fecha	Firma	Aclaración	Nº 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: _____

.....
Firma y Sello



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

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

MODELO DE R/P 2

EJ: 4 (Cuatro)
Sesiones
Psicoterapia
Individual
(330101)

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



COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS

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

AUTORIZACIÓN DE LA O.S

AutORIZACION de Consulta Psicologica
Fecha 16/03/2021 N° 2500008698
Centro de atención PUERTO SAN MARTIN

BENEFICIARIO

Apellido y Nombre _____ Afiliado _____
Documento Unico _____ 9 _____ GENUINO SUPERIOR _____ NO _____
Tipo de documento N _____ Edad Plan Extrapaga

DATOS DE LA ORDEN

ASOCIACION MEDICA DEL DEPARTAMENTO DE SAN LORENZO
Solicitante _____ Medico solicitante _____
(110) ASOCIACION MEDICA DEL DEPARTAMENTO DE SAN LORENZO
Prestador _____
Medico efector _____ Indicación _____
Diagnostico _____

PRACTICAS

Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Estado
330101	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES, NIÑOS O ADULTOS, POR SESION MINIMA DE 40 MINUTOS PRACTICA	4	#	Autorizado

OBSERVACIONES

IVA NO GRAVADO

AUDITORIA

Firma y aclaración Beneficiario _____ Firma y aclaración Prestador _____

Cargó MMALDONADO 16/03/21 11:29:44