



INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN RED ARGENTINA DE SALUD

(R/P + Autorización en la O.S.)

- Confeccionar R/P con el pedido de sesiones correspondiente. Sugerimos, a continuación, dos modelos de R/P.
- El/la paciente debe autorizar dicha orden en su O.S.
- La/el psicóloga/o debe presentar en CDT la orden, autorizada.
- Se pueden autorizar hasta 4 sesiones por mes, 30 anuales.
- Reconoce atención remota.

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"/>
<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

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 realizar sesiones de
.....(Código) para el mes de de 20....

Firma y
sello profesional

Teléfono. Dirección de consultorio- Ciudad

AUTORIZACIÓN DE LA O.S

RED
argentina
DÉ SALUD

ORDEN DE PRACTICA
*Federación Médica
Santa Fe*

NRO. OP-108347

Fecha: 12-03-2021

Rioja 1625 - Tel. 0341 4253575/4263395
2000 Rosario - Santa Fe

PREPAGO:
UNIMEDICA CONCORDIA
Cond. IVA afiliado: Gravado

Nro. de Beneficiario: _____ Plan: NACIONAL 12
Apellido y Nombre: _____ Edad: _____

Detalle Prácticas Indicadas	Código	Cantidad
AUTORIZADO 330101 X5 MARZO 2021 SEGÚN INDICACIÓN DEL PROFESIONAL.		

Diagnóstico: _____

FECHA DE PRESTACIÓN: _____
Operador: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR