



## **INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN SMAI EPE**

(Autorización por AMR N° 24)

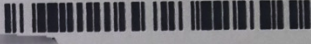
- Autorizar de manera online a través de AMR, convenio N° 24.
- Completar la parte inferior de la autorización.
- Se pueden autorizar hasta 4 sesiones juntas por mes, 30 anuales.

- **NO lleva R/P.**
- Reconoce atención remota. Adjuntar hoja impresa del mail enviado por el/la paciente, con el consentimiento de la práctica realizada. Ante cualquier duda, se puede consultar por mail a [protocolopsi2020@gmail.com](mailto:protocolopsi2020@gmail.com)
- Consentimiento vía mail: "(Nombre del/la paciente) \_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_ afiliado a (nombre de la O.S.), con N° de afiliación \_\_\_\_\_, he aceptado y confirmo la realización de (1) \_\_ (práctica que corresponde) \_\_\_\_\_, con el /la Psicóloga/o (2) \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ a las \_\_\_\_ horas."

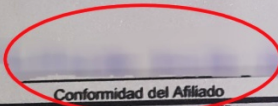
### **AUTORIZACIÓN AMR**



**COLEGIO DE  
PSICÓLOGAS  
Y PSICÓLOGOS**  
PROV. DE SANTA FE - 2º CIRC  
ROSARIO - ARGENTINA

|                                       |  |                          |
|---------------------------------------|--|--------------------------|
| <b>S. M. A. I.</b><br><b>E. P. E.</b> | <b>AUTORIZACION NRO: 00004368613</b>   | 12195/4                  |
|                                       |  | 12195/4                  |
|                                       | <b>Prestador:</b> [Redacted]   |                          |
|                                       | <b>Profesional:</b> [Redacted]   |                          |
|                                       | <b>Afiliado:</b> [Redacted]  |                          |
|                                       | <b>Plan: SMAI</b>  | <b>Fecha: 08-03-2021</b> |
|                                       |  | <b>Pág: Pág: 1 de 1</b>  |

| Código | Descripción                         | Cant. | Bonos     | Nro Bono | Urg. |
|--------|-------------------------------------|-------|-----------|----------|------|
| 330101 | PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES NIÑOS .. | 1     | Sin Cargo |          | No   |

**Conformidad del Afiliado** 

Nota: Las prestaciones marcadas con @@ estan sujetas a AUDITORIA POSTERI ..