

INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN TV SALUD

(RP + Autorización en O.S)

- No se autoriza por AMR.
- Confeccionar rp. Solicita que el/la paciente lo autorice en su OS.
- Puede realizarlo por email adjuntando foto del carnet del afiliado y/o foto del DNI. Contacto: rosariouser1@tvsalud.com.ar
TV SALUD debería reenviarle el mail autorizado. Si encuentra algún inconveniente con este correo desde la OBRA SOCIAL remitieron un mail alternativo sat.ordenes@hotmail.com y un whatsapp +54 9 3415 10-3893.
- Se entrega en CDT : RP autorizado
- Reconoce atención remota

MODELO DE RP 1

N° MAT. <input style="width: 40px;" type="text"/>	FECHA <input style="width: 40px;" type="text"/>																								
OBRA SOCIAL <input style="width: 90%;" type="text"/>																									
N° Afiliado: <input style="width: 90%;" type="text"/>																									
Nombre y Apellido: <input style="width: 90%;" type="text"/>																									
Solicito autorización para sesiones de																									
..... (cód.)																									
Diagnóstico: <input style="width: 90%;" type="text"/>																									
.....																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Fecha</th> <th style="width: 25%;">Firma</th> <th style="width: 25%;">Aclaración</th> <th style="width: 35%;">N° DNI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Fecha	Firma	Aclaración	N° DNI																				
Fecha	Firma	Aclaración	N° DNI																						
Dir. Consultorio: <input style="width: 90%;" type="text"/>																									
Tel: <input style="width: 90%;" type="text"/>																									
<input style="width: 60px; height: 30px;" type="text"/> Firma y Sello																									



MODELO DE RP 2

<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>