



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

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

INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN DE RED APPSI (ASISTENCIA PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA INTEGRAL SRL)

(NO se autoriza por AMR)

- El/la paciente debe comunicarse con RED APPSI para registrar la solicitud del tratamiento en Salud Mental al siguiente link: http://turnos.redappsi.com.ar/solicitud_publica/formulario
- A partir de dicho registro, desde el área de Atención al Beneficiario de APPSI S.R.L (atencionbeneficiarios@redappsi.com.ar) o a través de whatsapp, se confirma al afiliado/a la solicitud y se envía el Padrón de profesionales.
- El afiliado y profesional de elección del beneficiario, recibirá desde APPSI, un correo electrónico (o mensaje vía whatsapp) con los datos del/a afiliado/a que ha sido derivado. El correo o mensaje recibido, corresponde a la AUTORIZACIÓN de APPSI para el inicio o continuidad del tratamiento y contendrá, además de los datos de filiación, la cantidad de sesiones autorizadas por la cobertura en Salud(4 cuatro consultas por Salud Mental de forma mensual), datos del profesional elegido por el/la beneficiario/a, monto de co-seguro si correspondiera.
- Una vez agotadas las sesiones de la cobertura informada, el/la afiliado/a deberá comunicarse nuevamente con APPSI SRL (a través del link mencionado transmitido en el primer punto), con el fin de solicitar la continuidad del tratamiento. Esta instancia debe repetirse mensualmente.
- El/la profesional deberá presentar la siguiente documentación al momento de remitir la facturación al Colegio de Profesionales:
 - 1) La autorización mencionada con anterioridad como respaldo de la prestación.
 - 2) Planilla de asistencia (ORDEN DE CONSULTA DE APPSI. La misma deberá ser completada en su integridad, menos el punto referente a "Plan farmacológico" el cual corresponde a otra disciplina. Firmada y sellada por el profesional).
 - 3) En caso de ser la 1er consulta, CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO INFORMADO PACIENTE/FAMILIAR (O RESPONSABLE). El CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO INFORMADO (Paciente) debe ser firmado por el afiliado (Adulto), firmada y sellada por profesional tratante. En caso de afiliado/a menor de edad, corresponde firma del CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO INFORMADO FAMILIAR(O RESPONSABLE). Puede ser firmado por 1 UN responsable a cargo legal, firmada y sellada por profesional tratante.
 - El CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO se firma de forma anual, en la entrevista preliminar al tratamiento psicoterapéutico ambulatorio.



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

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

- OSSBB (OBRA SOCIAL SERVICIOS BANCARIOS), OSPIM (OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA) OSTEL (OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS TELECOMUNICACIONES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA OSPIHMP (OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL HIELO Y MERCADOS PARTICULARES) OSPIDA (OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE IMPRENTA, DIARIOS Y AFINES) OSPPRA (OBRA SOCIAL DE PRENSA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA) OPICAL (OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DEL CALZADO) Y PLANES PRIVADOS DE ENSALUD

- Contamos con convenio por primer consulta (420101)
- Reconoce atención remota

OSSBB (Obra Social Servicios Bancarios):

- Plan 100 y otros abonados coseguro

OSPIM (Obra Social del Personal de la Industria Molinera) a través de ENSALUD

- Plan krono exento de coseguro.
- Plan quantum exento de coseguro.
- NO incluye plan GAMA.

OSTEL (Obra Social del Personal de las Telecomunicaciones de la República Argentina) a través de ENSALUD

- Plan gama abona coseguro
- Plan krono exento de coseguro
- Plan quantum exento de coseguro

OSPIHMP (Obra Social del Personal de la Industria del hielo y mercados particulares) a través de ENSALUD

- Abonados coseguro. No hay distinción de planes.

OSPIDA (Obra Social del personal de imprenta, diarios y afines)

- Exento de coseguro

OSPPRA (Obra Social de Prensa de la República Argentina)

- Abona coseguro

OPICAL (Obra Social de la industria del Calzado) a través de ENSALUD

- Abonados coseguro. No hay distinción de planes.

PLANES PRIVADOS ENSALUD SA

- ENSALUD: Plan GAMA abona coseguro/ Plan KRONO y QUANTUM exento de coseguro.
- ENDOCTER: Plan integral abona coseguro- Plan total y plan global exento de coseguro.



COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS

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

MODELO DE R/P 1

N° MAT.					FECHA																												
OBRA SOCIAL																																	
N° Afiliado:																																	
Nombre y Apellido:																																	
Solicito autorización para sesiones de																																	
..... (cód.)																																	
Diagnóstico:																																	
.....																																	
<table border="1"><thead><tr><th>Fecha</th><th>Firma</th><th>Aclaración</th><th>N° DNI</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>										Fecha	Firma	Aclaración	N° DNI																				
Fecha	Firma	Aclaración	N° DNI																														
Dir. Consultorio: _____						Firma y Sello																											
Tel: _____																																	



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

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

MODELO DE R/P 2

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