

SOLICITUD DE PRESTACIÓN - SALUD MENTAL



Autorizaciones

Vía Telefónica: Lunes a Viernes de 8,30 a 16,00 horas

Personalmente: Lunes a Viernes de 8,00 a 17,00 horas en Teodoro García 3183 PB

COBER-MED

Datos del Profesional solicitante

Apellido y Nombre

Nº de Matrícula

Tipo y Nº de Documento

Teléfono

Tel. / Fax para autorizar

Para completar por el profesional

Apellido y Nombre del paciente

Nº de Afiliado

Plan

Tipo y Nº de Documento

Diagnóstico

Cantidad de sesiones solicitadas (Nº y letras)

En letras

Tipo de Sesión

Código NN

Para completar únicamente por Cober Med

Se Autoriza

Si / No

Fecha de autorización

____ / ____ / ____

Nº de Autorización

Fecha límite de Autorización

____ / ____ / ____

Cantidad de Sesiones Autorizadas

En letras

Observaciones

Autorizó

Apellido y Nombre

Legajo Nº

Firma del responsable

A completar por el Afiliado

Sesión 1

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del paciente

Tipo y Nº de Documento

Firma del paciente

Sesión 2

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del paciente

Tipo y Nº de Documento

Firma del paciente

Sesión 3

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del paciente

Tipo y Nº de Documento

Firma del paciente

Sesión 4

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del paciente

Tipo y Nº de Documento

Firma del paciente

Sesión 5

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del paciente

Tipo y Nº de Documento

Firma del paciente

Sesión 6

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del paciente

Tipo y Nº de Documento

Firma del paciente

Sesión 7

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del paciente

Tipo y Nº de Documento

Firma del paciente

Sesión 8

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del paciente

Tipo y Nº de Documento

Firma del paciente