

**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 Av. Federico Lacroze 3225

Datos del Profesional solicitante

<u>Apellido y Nombre</u>	<u>Nº de Matrícula</u>
<u>Tipo y Nº de Documento</u>	<u>Teléfono</u>
<u>Tel. / Fax para autorizar</u>	

Para completar por el profesional

<u>Apellido y Nombre del paciente</u>	
<u>Nº de Afiliado</u>	<u>Plan</u>
<u>Tipo y Nº de Documento</u>	
<u>Diagnóstico</u>	
<u>Cantidad de sesiones solicitadas (Nº y letras)</u>	<input type="text"/> <u>En letras</u>
<u>Tipo de Sesión</u>	<u>Código NN</u>

Para completar únicamente por Cober Med

<u>Se Autoriza</u>	<u>Si / No</u>	<u>Fecha de autorización</u> / /
<u>Nº de Autorización</u>	<input type="text"/>	<u>Fecha límite de Autorización</u> / /
<u>Cantidad de Sesiones Autorizadas</u>	<input type="text"/>	<u>En letras</u>
<u>Observaciones</u>		

Autorizó

<u>Apellido y Nombre</u>	Firma del responsable
<u>Legajo Nº</u>	

A completar por el Afiliado

<u>Sesión 1</u>	<u>Sesión 2</u>	<u>Sesión 3</u>	<u>Sesión 4</u>
<u>Fecha</u> / /	<u>Fecha</u> / /	<u>Fecha</u> / /	<u>Fecha</u> / /
Nombre y Apellido del paciente	Nombre y Apellido del paciente	Nombre y Apellido del paciente	Nombre y Apellido del paciente
Tipo y Nº de Documento	Tipo y Nº de Documento	Tipo y Nº de Documento	Tipo y Nº de Documento
Firma del paciente	Firma del paciente	Firma del paciente	Firma del paciente
<u>Sesión 5</u>	<u>Sesión 6</u>	<u>Sesión 7</u>	<u>Sesión 8</u>
<u>Fecha</u> / /	<u>Fecha</u> / /	<u>Fecha</u> / /	<u>Fecha</u> / /
Nombre y Apellido del paciente	Nombre y Apellido del paciente	Nombre y Apellido del paciente	Nombre y Apellido del paciente
Tipo y Nº de Documento	Tipo y Nº de Documento	Tipo y Nº de Documento	Tipo y Nº de Documento
Firma del paciente	Firma del paciente	Firma del paciente	Firma del paciente