

OSSEG

OBRA SOCIAL DE SEGUROS

Formulario de Autorización de Psicoterapia individual

Datos del afiliado

Apellido y Nombre:

Edad:

Afiliado N°:

Plan:

Datos Prestador:

N° Prestador:

Profesional:

Teléfono:

Mail:

Fecha de inicio de tratamiento:

Diagnóstico:

Sesiones mensuales:
(hasta 4 sesiones x mes)

Cod. Práctica 33.01.01

Observaciones:

Firma y sello del Prestador

Reservado para la Obra Social

Autorizado por:

Fecha: