



## **SOLICITUD DE EXTENSIÓN DE TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA CENTROS/CLÍNICAS Y COLEGIOS**

Detallamos el circuito de solicitud de extensión de tratamiento, para aquellos pacientes que consumieron las 30 sesiones (Entre Psicología / Psicopedagogía / Psiquiatría) disponibles por PMO anual.

- La institución deberá enviar la solicitud vía mail a [extensiones@libsalud.com.ar](mailto:extensiones@libsalud.com.ar) detallando en el asunto el tipo de solicitud y nombre de la institución desde donde se solicita.
- Deberán completar en formato WORD (ver “DATOS SOLICITUD EXTENSIÓN DE TRATAMIENTO”) los siguientes puntos:

### **DATOS DEL PACIENTE:**

**Nombre y apellido:**

**Obra Social:**

**Número de afiliado:**

**DNI:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Resumen de historia clínica:**

**Motivo de solicitud:**

**Diagnóstico presuntivo:**

**Cantidad:**

**Frecuencia:**

### **DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE:**

**Profesional:**

**Matrícula:**

**Firma:**

• **IMPORTANTE:** Se deberá suspender el tratamiento del afiliado, hasta que la obra social autorice la solicitud de extensión. De lo contrario, las sesiones NO autorizadas no serán abonadas por LIB SALUD S.R.L.

- La respuesta a la solicitud llegará desde [extensiones@libsalud.com.ar](mailto:extensiones@libsalud.com.ar)