



**PLANILLA DE ASISTENCIA SALUD MENTAL**  
(Esta planilla debe presentarse con la orden de práctica para su facturación)

FECHA	Terapia Individual (Indicar Hora)	Terapia Familiar (Indicar Hora)	Sesión Psicodiagnostico (corresponde a la aplicación de test psicométricos y/o proyectivas – indicar hora)	Firma y sello profesional

**Nota:** Esta planilla debe ser completada por el profesional cada vez que concurra el afiliado junto con la orden R/p.  
Aplica coseguro superadas las 30 sesiones anuales. Se toma como referencia el año calendario (enero a diciembre).

.....

**Conformidad del Afiliado**  
**Firma y Aclaración**  
**DNI:**