

OSPECON

Importante:

- Solicitud de Autorización
- Firmas del paciente
- Fecha de cada sesión
- Firma y Sello del Profesional

AUTORIZACIÓN O VALIDACIÓN DE PRESTACIONES.

LOS AFILIADOS SE PRESENTARAN A LA CONSULTA CON UN BONO EMITIDO POR LA DELEGACION DE LA OBRA SOCIAL Y EN CASO DE SOLICITAR SESIONES, ADJUNTARAN AL BONO, LA AUTORIZACION DE CLINICA DEL VALLE.

SIEMPRE EL PRESTADOR RECIBIRA AL AFILIADO CON LAS ORDENES AUTORIZADAS POR OSPECON.

PARA LA FACTURACION SE PRESENTA EL PEDIDO MEDICO CON LA AUTORIZACION, FIRMA DEL AFILIADO EN CADA SESION.

NO HAY COBRO DE COPAGOS

Consolidar Salud SA
Autorizado
Claus
CLAUDIA A. FEBRERO
REP. DE SERVICIOS
SUC. BARILOCHE

Opción 1

Opción 2



CS Salud S.A.
Ayacucho 1781 CIII2AAE Ciudad de Buenos Aires
30-52063497-1



ORDEN DE AUTORIZACION N°: 391000260

SOCIO AFILIADO A OBRA SOCIAL

Tipo: 1 Prestación
Socio: 428329860 [REDACTED]
Plan: CS_1001_S Linea: 1000
Solicitado por: 423779-Clinica Del Valle S. R. L. (Patagonia)
Interviniente: 423779-Clinica Del Valle S. R. L. (Patagonia)
Estado: EMI Emitida

Diagnóstico: 33.01.01 - PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
Observaciones: Socio CS: 6101360055093381 - Segun Orden Medica-

Prestación: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

| | | | |
|------------|-------------------|---------------------|-----------------------|
| Sesión: 01 | Fecha: 05, 08, 09 | Firma del afiliado: | Firma del socio – DNI |
| Sesión: 02 | Fecha: 12, 08, 09 | Firma del afiliado: | Firma del socio - DNI |
| Sesión: 03 | Fecha: 19, 08, 09 | Firma del afiliado: | Firma del socio - DNI |
| Sesión: 04 | Fecha: 26, 08, 09 | Firma del afiliado: | Firma del socio - DNI |

Firma y Sello
del profesional