OSSEG
OBRA SOCIAL DE SEGUROS

Formulario de Autorización de Psicoterapia individual

Datos del afiliado	
Apellido y Nombre:	Edad:
Afiliado Nº:	Plan:
Datos Prestador:	
Nº Prestador: Teléfono:	Profesional: 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: