

MODELO DE AUTORIZACION



Web: www.osfatun.com.ar
Call Center: 0800-666-5173

Número: [REDACTED]
Emisión: 19/03/2021
Vencimiento: 19/04/2021



Razón Social: **Colegio De Psicologos De La Provincia De Bs As** CUIT: **30658757977**
Afiliado: [REDACTED] N° Afiliado: [REDACTED]
Delegación: [REDACTED] Parentesco: **Titular**
Plan: **Nodocente Un** Edad: [REDACTED]



Médico Solicitante: -
Médico Efector: **1 - Medico General**
Especialidad: **Psicología**
Diagnóstico:

Código	Descripción	Cant.	ACP
330101	Psicoterapias Individuales, Ninos O Adultos, Por Sesion Minima De 40 Minutos Practicadas Por Especialistas (Con O Sin Psicodiagnostico) Debidamente Autorizadas. Narcoterapia.	4	\$0,00

Afiliado \$0,00

IVA EXENTO

FIRMA AFILIADO

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Autorizado Sujeto a auditoría posterior por OSFATUN Casa Central.

Emisor: bvaliente