

Para inicios de tratamientos,  
se reconocerán las  
prestaciones a partir de la  
fecha indicada.

Nº de la autorización  
que se tiene que  
consignar en la planilla  
de firmas

**OSSE**  
ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS  
DIRECTIVOS EMPRESARIOS  
CUIT: 30-54874125-3  
Te. 0810 555 6733

**Autorización de práctica**

06-0  
Fecha Emisión : 06/06/2016  
Vencimiento : 06/07/2016  
6-Del Parana

Socio : 61 1616 Plan : 2 310 Socio Por empresa Sexo : Femenino Edad : 35  
Cull : Condición IVA: No Gravado

Institución Autorizada Fecha probable de consumo: 06/07/2016 Fecha a partir de la cual se autoriza la cobertura del mes en curso.

**Detalle de Prestaciones**

PRESTACION	CANTIDAD	HONORARIOS			GS.	IMPORTE
		ESP. SI (1)	AYU. NO	AM. NO		
330165-1 TER.INDIVIDUAL	4				NO	0,00
Práctica en: Ambulatoria Cobertura O.S.D.E.: 100 %						\$ 0,00
Observaciones:		O.S.D.E.				INSTITUCIÓN AUTORIZADA
FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO				FIRMA

Operator: KARINA ODELLI Ejemplar para O.S.D.E.

COMPLETAR **TODO** CON  
LETRA CLARA PARA EVITAR  
DEVOLUCIONES

Indicar el Nº de la  
autorización

**OSSE.binario** **RESTACIONES DE PSICOPATOLOGIA**

Apellido y Nombre: .....

Nº de socio: ..... Nº DE ORDEN: .....

Prestador: .....

Fecha	Código de Prestación	Firma del socio

Observaciones: .....

.....

Firma y Sello Profesional

Original blanco / duplicado amarillo