



SOLICITUD DE EXTENSIÓN DE TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA CENTROS/CLÍNICAS Y COLEGIOS

Detallamos el circuito de solicitud de extensión de tratamiento, para aquellos pacientes que consumieron las 30 sesiones (Entre Psicología / Psicopedagogía / Psiquiatría) disponibles por PMO anual.

- La institución deberá enviar la solicitud vía mail a extensiones@libsalud.com.ar detallando en el asunto el tipo de solicitud y nombre de la institución desde donde se solicita.
- Deberán completar en formato WORD (adjuntamos el archivo) los siguientes puntos:

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellido:

Obra Social:

Número de afiliado:

DNI:

Dirección:

Teléfono:

Resumen de historia clínica:

Motivo de solicitud:

Diagnóstico presuntivo:

Cantidad:

Frecuencia:

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE:

Profesional:

Matricula:

Firma:

• **IMPORTANTE:** Se deberá suspender el tratamiento del afiliado, hasta que la obra social autorice la solicitud de extensión. De lo contrario, las sesiones NO autorizadas no serán abonadas por LIB SALUD S.R.L.

- La respuesta a la solicitud llegará desde extensiones@libsalud.com.ar