



Estimados

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

1 - Deberán completar en formato WORD (adjuntamos el archivo) los siguientes puntos:

**Nombre y apellido:**

**Obra Social:**

**Número de afiliado:**

**DNI:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Resumen de historia clínica:**

**Motivo de solicitud:**

**Diagnostico presuntivo:**

**Cantidad:**

**Frecuencia:**

**Profesional:**

**Matricula:**

**Firma:**

2- Deberán enviarlo a [extensiones@libsalud.com.ar](mailto:extensiones@libsalud.com.ar) .

3- 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 llegara vía mail, desde [extensiones@libsalud.com.ar](mailto:extensiones@libsalud.com.ar) .

Muchas gracias,

