

## NORMAS DE PSICOTERAPIA

Vigencia: Diciembre 2008.

### 1. PLANES:

Planes **serie 9500**: Credencial Dorada - Leyenda **VIP**.

Planes **series 8000 hasta 9499**: Credencial Azul.

Planes **series 7000 a 7999**: Credencial Azul.

Planes **series 6000 a 6999**: Credencial Azul.

Planes **series 4000 a 4999**: Credencial Azul.

Planes **serie 1000** Credencial Gris – (Solo podrán atender Socios de este plan prestadores ESPECÍFICAMENTE inscriptos)

Plan **MEDICO**: Credencial Celeste – Leyenda **PLAN MEDICO**

### 2. AUTORIZACIONES

Se realizarán exclusivamente por medio del sistema de conectividad, mediante la utilización del medio elegido (cuyo funcionamiento se explica en documento adjunto), excepto Plan Medico, que deberán autorizarse en forma previa por medio de bono.

### 3 PRÁCTICAS

**Psicoterapia Individual**, se autorizará con el código **33 01 01**.

**Psicoterapia Grupal**: Se autorizará con el código **33 01 02**.

**Psicoterapia familiar, de pareja o vincular**, se autorizará con el código **33 01 03** para el integrante que solicita el tratamiento.

**Pruebas psicométricas** código **33 01 11** y **Pruebas Proyectivas** código **33 01 12**: Se autorizarán una sola vez por tratamiento.

Se autorizarán un máximo de 1 (una) sesión semanal.

**Interconsultas**: A los fines de las consultas médicas con psiquiatras, se fijan en un tope anual de 4 (cuatro), cuando son simultáneas con la psicoterapia, debiendo presentar fechas de facturación distintas a estas últimas y no más de una por mes. En caso de efectuarse consultas de psiquiatría clínica (420101) el tope mensual de consultas será de 2(dos), debiendo justificarse ante Auditoría el exceso a esa cantidad, con historia clínica, quedando a criterio de la Auditoría la aceptación de ese beneficio.

**Límites y restricciones**: Se determina para cada afiliado que las sesiones de psicoterapia cualquiera sea su modalidad (individual, pareja, vincular o grupal) serán acumulativas a los fines del cupo anual asignado por plan y afiliado.

La vigencia anual siempre será referida al año calendario, es decir, se toma como punto de partida el 2 de enero de cada año.

**Auditoría:** El profesional deberá facilitar el acceso a la Auditor de Osmecon a toda la información relacionada con las prestaciones en cuestión.

### **3. Facturación y liquidación de prestaciones:**

**Presentación de la facturación:** A través del sistema de conectividad quedará automáticamente registrada la facturación. El profesional deberá guardar por un periodo de tres meses los comprobantes de atención para responder en caso de reclamos. La facturación de Plan Médico se presentará en la sede en que cada profesional se halla habilitado. En ambos casos se podrán facturar prestaciones efectuadas entre el primero y el último día hábil de cada mes.

**Pagos:** El pago de las prestaciones se efectuará en el lugar de entrega de la misma, dentro de los 30 días de la fecha de presentación

**Débitos:** Los débitos realizados se darán por aceptados transcurridos 45 días del cobro de la factura respectiva sin recepción de reclamos.

Lic. Gustavo García  
Jefe de Prestaciones.  
CMLZ - Osmecon Salud