

Normas de Trabajo-Salud Mental

Las prestaciones –sesión de psicología/psiquiátrica- tendrán un límite de sesiones por beneficiario y por año calendario.

Coseguros: de acuerdo con lo dispuesto por el Ministerio de Salud/SSSalud, los beneficiarios abonarán un coseguro por cada sesión. Excedido el tope anual de 30 (treinta) sesiones, abonarán otro coseguro. Los coseguros se actualizarán conforme las variaciones del SMVYM.

Según resolución ministerial están exentos del pago de coseguros los siguientes:

1. **Discapacidad (con CUD)**
2. **Oncología**
3. **Programa HIV**
4. **Plan Materno Infantil**

El PRESTADOR deberá completar y presentar las siguientes planillas:

1. **INICIO DEL TRATAMIENTO:** oportunidad de su presentación, al comienzo del tratamiento, debiendo remitirla a la Obra Social para ser evaluada por Auditoría de Salud Mental, la que autorizará el tratamiento y cantidad de sesiones.
2. **EVOLUCION DEL TRATAMIENTO:** oportunidad de su presentación, al cumplirse las sesiones autorizadas, debiendo remitirla a la Obra Social para ser evaluada por Auditoría de Salud Mental, la que autorizará las sesiones que estime corresponder para continuar con el tratamiento, conforme evolución del paciente.
3. **RENDICION MENSUAL DE PRESTACIONES:** conjuntamente con la facturación mensual deberá cumplimentarse en su totalidad el formulario de la Obra Social registrándose diariamente cada sesión de psicología/psiquiatría con la firma del beneficiario en conformidad de la prestación realizada.



**PROGRAMA DE SALUD MENTAL
INICIO DE TRATAMIENTO**

N°

Fecha

Día	Mes	Año

Datos Asociado:

Apellido y Nombre:

Edad:

N° de Asociado:

Prestadora:

Plan:

Socio a través de Empresa ☐ Empresa a la que pertenece:Socio Directo: ☐ Socio Directo Especifico: ☐**Datos del Profesional:**

Apellido y Nombre:

Título:

N. de Matrícula:

Domicilio:

Teléfono:

e-mail:

Admisor:

Motivo de la consulta:

Diagnóstico en base al DMS-IV:

Explicación de las metas a alcanzar:

Programa de Tratamiento (plan de sesiones y esbozo de instrumentos a utilizar durante las mismas):

Fecha de la 1° entrevista:

Duración estimada, dentro del encuadre de las Terapias Breves (N° de sesiones):

Firma

Fecha, Firma y Sello del Profesional

EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOPATOLOGÍA

N°

Fecha

Día	Mes	Año

Datos Asociado:

Apellido y Nombre:

Edad:

N° de Asociado:

Prestadora:

Plan:

Socio a través de Empresa ☐ Empresa a la que pertenece:

Socio Directo: ☐ Socio Directo Especifico: ☐

Datos del Profesional:

Apellido y Nombre:

Título:

N. de Matrícula:

Domicilio:

Teléfono:

e-mail:

Evolución de objetivos propuestos inicialmente (anunciarlos y constatar si están logrados o no):

De no haber sido logrados los objetivos, consignar las causas:

En caso de considerar insuficientes las sesiones autorizadas, explicitar el motivo del nuevo pedido. Objetivo:

Fecha del presente informe:

N° de sesiones realizadas a la fecha:

N° de sesiones previstas:

N° de sesiones autorizadas:

Firma

Fecha, Firma y Sello del Profesional

Firma y Sello Autorizante por OPDEA

Nota:

-El terapeuta acepta y da su conformidad para que los tratamientos realizados por este sistema de reintegros puedan ser auditados por el Equipo de Psicopatología de la Institución
-El Asociado por cada una de las sesiones de terapia realizada deberá presentar una factura y/o recibo de pago reúna los requisitos establecidos por la DGI-AFIP. En dicho comprobante se especificará Apellido y Nombre del Asociado, N° de Asociado a OPDEA y tipo de presentación efectuada (individual, familiar, etc.)

IMPORTANTE: No serán considerados aquellos formularios que no consignen la totalidad de los datos solicitados.

Rendición mensual de Prestaciones

Apellido y nombre del profesional Especialidad

CUIT N° Mes

	Número de Beneficiario	Plan	Apellido y Nombre	Fecha Prestación	Código Prestación	Diagnóstico DSMIV	Firma del Beneficiario	Tratamiento Indicado
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

	Número de Beneficiario	Plan	Apellido y Nombre	Fecha Prestación	Código Prestación	Diagnóstico DSMIV	Firma del Beneficiario	Tratamiento Indicado
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								

Observaciones generales:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello del Profesional