

PLAN BASICO- A –CA VIGENCIA 10/2020.

CODIGO	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	CATEGORIA	VALORES 2020 por sesión	AFILIADO Plan BASICO.	Obra Social	Total	Requiere presentación de Bono de la Obra Social
330101							
	Cobertura 44 sesiones anuales	A	560	180,00	380,00	560,00	Si, requiere autorización
		B	600	220,00	380,00	600,00	
		C	640	260,00	380,00	640,00	
330101	<b>ORIENTACION A PADRES</b>						
	Cobertura de 1 sesión mensual. 10 anuales	A	500	120,00	380,00	500,00	Si, requiere autorización
		B	550	170,00	380,00	550,00	
		C	600	220,00	380,00	600,00	
330102	<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
	Cobertura de 30 sesiones anuales. Grupo mínimo 4 personas máximo 8	A	640	0.00	0.00	0.00	Si, requiere autorización
		B	700	0.00	0.00	0.00	
		C	760	0.00	0.00	0.00	
330103	<b>PSICOTERAPIA FAMILIAR</b>						
	Cobertura de 2 sesiones mensuales. 16 anuales	A	640	0.00	0.00	0.00	Si, requiere autorización
		B	700	0.00	0.00	0.00	
		C	760	0.00	0.00	0.00	
330104	<b>PSICOTERAPIA DE PAREJA</b>						
	Cobertura de 2 sesiones mensuales. 16 anuales	A	640	0.00	0.00	0.00	Si, requiere autorización
		B	700	0.00	0.00	0.00	
		C	760	0.00	0.00	0.00	
330105	<b>ATENCION DE URGENCIAS</b>						
	Cobertura de 6 sesiones anuales	A	700	0.00	0.00	0.00	Si, requiere autorización
		B	750	0.00	0.00	0.00	
		C	800	0.00	0.00	0.00	
330106	<b>PSICOTERAPIA DOMICILIARIA / INTERNACION</b>						
	Cobertura de 2 sesiones mensuales. 12 anuales	A	700	0.00	0.00	0.00	Si, requiere autorización
		B	750	0.00	0.00	0.00	
		C	800	0.00	0.00	0.00	
606037	<b>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL DISCAPACIDAD</b>						
	Cobertura anual sin restricción	A	640	0.00	0.00	0.00	Si, requiere autorización
		B	700	0.00	0.00	0.00	
		C	790	0.00	0.00	0.00	

**PLAN BASICO- A –CA VIGENCIA 10/2020.**

330111	<b>PSICODIAGNOSTICO: PRUEBAS PSICOMETRICAS</b>						
	Cobertura de 8 a 10 sesiones incluido el informe final	A	2100	0.00	0.00	0.00	Si, requiere autorización
		B	2400	0.00	0.00	0.00	
		C	2700	0.00	0.00	0.00	
	<b>PSICODIAGNOSTICO: PRUEBAS PROYECTIVAS</b>						
	Cobertura de 8 a 10 sesiones incluido el informe final	A	1400	0.00	0.00	0.00	Si, requiere autorización
		B	1600	0.00	0.00	0.00	
		C	1800	0.00	0.00	0.00	
	<b>EVALUACION NEUROCOGNITIVA</b>						
	Cobertura acompañada de H. Clínica que incluya MINI MENTAL con autorización previa de la obra social	A	2400	0.00	0.00	0.00	Si, requiere autorización
		B	2800	0.00	0.00	0.00	
		C	3200	0.00	0.00	0.00	