

PLAN SUPERIOR- B-B1 VIGENCIA 10/2020-

CODIGO	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	CATEGORIA	VALOR ES 2020 por sesión	AFILIADO Plan Superior	Obra Social	Total	Requiere presentación de Bono de la Obra Social
330101							
	Cobertura 44 sesiones anuales	A	560	80,00	480,00	560,00	Si , Requiere autorización
		B	600	120,00	480,00	600,00	
		C	640	160,00	480,00	640,00	
330101	ORIENTACION A PADRES						
	Cobertura de 1 sesión mensual. 10 anuales	A	500	50,00	450,00	500,00	Si , Requiere autorización
		B	550	100,00	450,00	550,00	
		C	600	150,00	450,00	600,00	
330102	PSICOTERAPIA GRUPAL						
	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	PSICOTERAPIA FAMILIAR						
	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	PSICOTERAPIA DE PAREJA						
	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	ATENCION DE URGENCIAS						
	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	PSICOTERAPIA DOMICILIARIA / INTERNACION						
	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	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL DISCAPACIDAD						
	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 SUPERIOR- B-B1 VIGENCIA 10/2020-

330111	PSICODIAGNOSTICO: PRUEBAS PSICOMETRICAS						
	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	
	PSICODIAGNOSTICO: PRUEBAS PROYECTIVAS						
		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	
	Cobertura de 8 a 10 sesiones incluido el informe final						
	EVALUACION NEUROCOGNITIVA						
	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	