|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CODIGO** | **PSICOTERAPIA INDIVIDUAL** | **CATEGORIA** | **VALORES 2020 por sesión** | **AFILIADO**  **Plan Elite** | **Obra Social** | **Total** | **Requiere presentación de Bono de la Obra Social** |
| 330101 |  |  |  |
|  | Cobertura 30 sesiones anuales | A | 660,80 | 0,00 | 660,80 | 660,80 | Si,requiere autorización |
| B | 708,00 | 0,00 | 708,00 | 708,00 |
| C | 755,20 | 0,00 | 755,20 | 755,20 |
| 330101 | **ORIENTACION A PADRES** |  |  |  |  |  |  |
|  | Cobertura de 1 sesión mensual. 10 anuales | A | 590,00 | 0,00 | 590,00 | 590,00 | Si , requiere autorización |
| B | 649,00 | 0,00 | 649,00 | 649,00 |
| C | 708,00 | 0,00 | 708,00 | 708,00 |
| 330102 | **PSICOTERAPIA GRUPAL** |  |  |  |  |  |  |
|  | Cobertura de 20 sesiones anuales. Grupo mínimo 4 personas máximo8 | A | 755,20 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | Si, requiere autorización |
| B | 826,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| C | 896,80 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 330103 | **PSICOTERAPIA FAMILIAR** |  |  |  |  |  |  |
|  | Cobertura de 2 sesiones mensuales. 16 anuales | A | 755,20 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | Si, requiere autorización |
| B | 826,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| C | 896,80 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 330104 | **PSICOTERAPIA DE PAREJA** |  |  |  |  |  |  |
|  | Cobertura de 2 sesiones mensuales. 16 anuales | A | 755,20 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | Si, requiere autorización |
| B | 826,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| C | 896,80 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 330105 | **ATENCION DE URGENCIAS** |  |  |  |  |  |  |
|  | Cobertura de 6 sesiones anuales | A | 826,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | Si, requiere autorización |
| B | 885,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| C | 944,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 330106 | **PSICOTERAPIA DOMICILIARIA / INTERNACION** |  |  |  |  |  |  |
|  | Cobertura de 2 sesiones mensuales. 12 anuales | A | 826,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | Si, requiere autorización |
| B | 885,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| C | 944,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 606037 | **PSICOTERAPIA INDIVIDUAL DISCAPACIDAD** |  |  |  |  |  |  |
|  | Cobertura anual sin restricción | A | 755,20 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | Si, requiere autorización |
| B | 826,00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| C | 932,20 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 330111 | **PSICODIAGNOSTICO: PRUEBAS PSICOMETRICAS** |  |  |  |  |  |  |
|  | Cobertura de 8 a 10 sesiones incluido el informe final | A | 2478 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | Si, requiere autorización |
| B | 2832 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| C | 3186 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
|  | **PSICODIAGNOSTICO: PRUEBAS PROYECTIVAS** | A | 1652 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | Si, requiere autorización |
| B | 1888 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| C | 2124 | 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 | 2832 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | Si, requiere autorización |
| B | 3304 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| C | 3776 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |