



NORMAS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA - SALUD MENTAL -

Capítulo III : NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN

El sistema de Salud Mental se encuentra organizado entorno a un esquema centralizado de admisión, donde una coordinadora evalúa al paciente por primera vez en una entrevista, para luego derivar el tratamiento al profesional que considere pertinente.

El procedimiento se establece de la siguiente manera:

1. Ingreso al sistema mediante una entrevista de admisión con la coordinadora.
2. El paciente es evaluado y derivado a un profesional del equipo de salud mental junto con la HC y toda la documentación pertinente, siendo éste último quien notificará al admisor de la llegada del paciente.
3. Cada profesional deberá confeccionar una Evolución cada 10 entrevistas.
4. Al finalizar el tratamiento, el profesional deberá confeccionar un Informe de fin de Tratamiento.

B.- NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS PRESTADORES

B.1. AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO AMBULATORIO DE SALUD MENTAL

PERSONALMENTE: en las oficinas centrales de COBER-MED ,
Av. Federico Lacroze 3225 - C.A.B.A. (C1426DNG), en el horario de lunes a viernes
de 8.00 a 17.00 hs.

VÍA FAX: al N° 4556-4900, en el horario de lunes a viernes de 8.00 a 17.00 hs.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA AL AFILIADO

- 1.- Documento de identidad del beneficiario
- 2.- Credencial de COBER-MED
- 3.- Cupón adherido al dorso , que indique el último mes abonado
- 4.- Solicitud de la prestación

SOLICITUD DE PRESTACIÓN

Para su autorización, las solicitudes de prestación siempre deben ser emitidas por:

- Profesional del equipo de Salud Mental de Cober Med
- La solicitud de prestación será provista por Cober Med y cuyo modelo se encuentra preestablecido por ésta.
- Requerirá obligatoriamente ser presentada ante Cober Med para su autorización. La autorización podrá ser vía fax, o personalmente en la administración central.
- La misma deberá ser presentada junto a la liquidación regular, como constancia de asistencia a las sesiones autorizadas por parte del paciente.

La solicitud de prestación DEBE contener :

- 1.- Datos del Paciente
- 2.- Datos de la sesión
- 3.- Datos de la autorización.
- 4.- Cantidad de sesiones solicitadas y tipo de sesión
- 5.- Fecha de autorización
- 6.- Fecha límite de autorización
- 7.- Cantidad de sesiones solicitadas
- 8.- Cantidad de sesiones autorizadas
- 9.- Datos del responsable autorizante
- 10.- Datos del profesional
- 11.- Seguimiento de sesiones concurrencias por el paciente

LAS SOLICITUDES DE PRESTACIÓN

- TIENEN UNA VALIDEZ DE 30 DÍAS DESDE LA FECHA DE EMISIÓN HASTA LA FECHA DE EFECTIVIZACIÓN DE LA MISMA.
 - NO DEBARÁN SER ENMENDADAS, TACHADAS, O CORREGIDAS (En su defecto deben estar obligatoriamente salvadas por el médico solicitante)
 - DEBEN SER LEGIBLES.
-
- Podrán solicitarse hasta un **máximo de 4 sesiones** por solicitud por mes hasta el máximo que estipule cada plan de cobertura. Como excepción se establece un máximo de 5 sesiones por mes cuando éste contenga 5 semanas. Las excepciones por fuera de ésta última, deberán ser solicitadas por escrito por el profesional, reservándose Cober Med el derecho de autorización.
 - Una vez finalizada la cobertura de Cober Med, el profesional podrá continuar con el tratamiento en **forma particular**, no pudiendo exceder el valor de la consulta los **\$25 por sesión**.
 - El paciente deberá autorizar al principio de cada mes la cantidad de entrevistas que se realizarán durante ese mes. Cada entrevista con los pacientes tendrá una frecuencia semanal de una vez, siendo la duración de cada entrevista de 40 minutos cada una. En caso de requerirse más sesiones semanales se deberá justificar la decisión en una evolución destinada a tal fin. Dicha evolución podrá ser remitida por mail, fax, o por escrito a la coordinadora en Salud Mental.



- Para las entrevistas de pareja, grupales y de padres, cada participante deberá firmar la documentación requerida en caso de ser afiliados a Cober Med.
- Se establecen los siguientes valores para:
 - **Terapia de Pareja** - \$ 16
 - o \$ 8 cada uno de los integrantes
 - **Terapia Familiar** - \$ 7 por integrante
- Entrevista de padres: se autoriza una entrevista a padres por mes de tratamiento del niño. Si el profesional debiera tener mas encuentros con ambos padres, deberá notificar y fundamentarlo. En estos casos las entrevistas se debitarán del total de sesiones disponibles para cada progenitor. En caso de los padres no pertenecer a Cober Med, los honorarios correrán por cuenta propia de quien asiste a la entrevista.
- La Solicitud de Prestación es la **constancia de autorización por parte de Cober Med** de la prestación solicitada. Deberá ser presentada por el afiliado ante cualquier prestación que requiera autorización. Se entenderá como autorizada para su facturación cuándo dicha prestación sea respaldada con la Solicitud de Prestación correspondiente, firmada y sellada por Cober Med.
- La Solicitud de Prestación tendrá una validez de 30 días cuando no se especifique en ella la fecha límite de autorización, la cual podrá o no exceder dicho plazo. Dicha fecha será determinada por Cober Med y corresponde al plazo máximo dentro del cual se podrá realizar la prestación. Por fuera de él, se considerará como NO AUTORIZADA la prestación, debiendo reformularse dicha orden.
- Mensualmente, deberán renovarse las solicitudes de prestación por sesiones no realizadas que hayan sido autorizadas.



B.4. DE LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

B.4.1. NORMAS GENERALES :

B.4.1.1. El período de facturación se rige por mes calendario, cerrando indefectiblemente el último día de cada mes.

B.4.1.2. La facturación debe presentarse del 1º al 10º día hábil de cada mes, en el horario de lunes a viernes de 9.00 a 15.00 hs en la sede de Administración Central de Cober Med, Av. Federico Lacroze 3225 - C.A.B.A. (C1426DNG).

Toda facturación ingresada a partir del 10º día hábil será considerada como ingresada el 1º día hábil del mes siguiente a los fines de su liquidación.

B.4.1.3. Documentación a presentar :

B.4.1.3.1. Factura o Recibo según normas vigentes de AFIP.

B.4.1.3.2. Comprobante de pago de autónomos

B.4.1.3.3. Documentación respaldatoria según Normas Especiales

B.4.1.4. Las solicitudes de prestación tienen 30 días de validez desde la fecha de su emisión hasta la de efectivización. Deben facturarse dentro de los 30 días siguientes a su realización, de lo contrario no se reconocerán.

B.4.1.5. El incumplimiento de estos requisitos será causal de débitos.

B.4.1.6. Sólo podrán ser refacturados aquellos débitos categorizados como refacturables. Las refacturaciones deberán presentarse dentro de los 30 días de notificado el débito. Las órdenes podrán refacturarse una sola vez.

B.4.1.7. De requerir la realización de una auditoría compartida médico/ administrativa, se hará en el domicilio que Cober Med designe, debiendo ser

B.4.2. NORMAS ESPECIALES DE PRESENTACIÓN PARA PROFESIONALES

B.4.2.1 . SESIONES DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

B.4.2.1.1. PLANILLA RESUMEN: El modelo será provisto por Cober Med al prestador. Deberá completarse en todos sus ítems. Se presentará en original y se constituirá como la carátula de la presentación. Deberá estar firmada y sellada por el profesional.

B.4.2.1.2. SOLICITUD DE PRESTACIÓN: El modelo será provisto por Cober Med al prestador. Deberá completarse en todos sus ítems. Se presentará en original. Será confeccionada según el orden cronológico de atención. Deberá constar la firma del afiliado; la firma y sello del profesional.

B.4.2.1.2.1. SESIONES SIMPLES: Se adjuntará a la planilla resumen la solicitud de prestación como constancia de prestación. Sólo se facturarán las sesiones que efectivamente hayan sido realizadas.

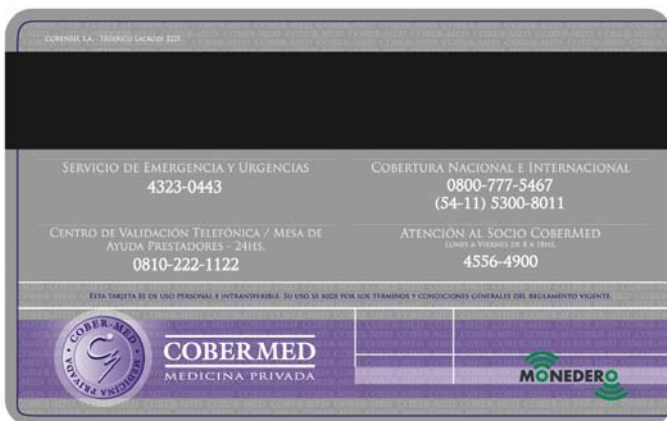
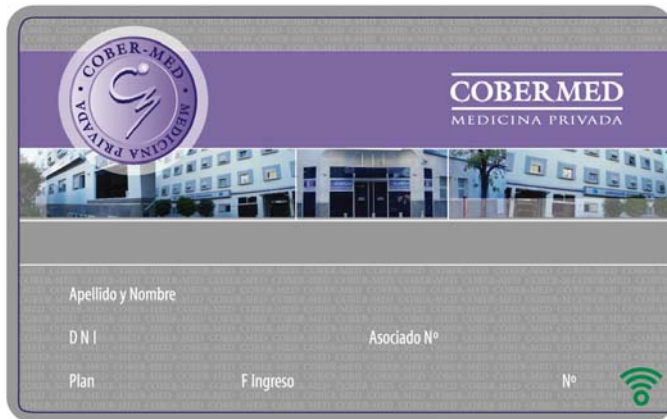
B.4.2.1.2.2. SESIONES GRUPALES EN PAREJA O DE FAMILIA: En caso de que todos los concurrentes fueran afiliados a Cober Med, cada afiliado deberá constar de una solicitud de prestación independiente, debiéndose especificar en ella, el tipo de sesión a realizar (terapia de pareja, etc). De presentarse un concurrente familiar o pareja no perteneciente a Cober Med, los honorarios del profesional correrán por cuenta de quien asiste. No obstante, en la solicitud presentada por el otro integrante si perteneciente a Cober Med, deberá especificarse el tipo de sesión.

B.4.2.1.2.3. COSEGUROS / COPAGOS: Deberán consignarse los co-seguros cobrados al afiliado (de corresponder según plan) por el concepto por el que fuere percibido. Los mismos deberán consignarse en la liquidación, restándolos del valor a facturar a Cober Med.



COBERMED
MEDICINA PRIVADA

MODELO DE CREDENCIAL





HISTORIA CLÍNICA DE ADMISIÓN

ADMISOR

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE

ASOCIADO N°

PLAN

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

DOMICILIO

OCUPACIÓN

• MOTIVO DE CONSULTA

• ANTECEDENTES (DEL MOTIVO DE CONSULTA Y / O PERSONALES)

• TRATAMIENTOS ANTERIORES

• COMPOSICIÓN FAMILIAR (CONVIVIENTES Y NO CONVIVIENTES)

• ANTECEDENTES FAMILIARES

• ESTADO CLÍNICO (sensopercepción, pensamientos, memoria, afectividad, alteración del juicio, perturbación del sueño, etc.)

• DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

- CIE 10 /DSM IV
- PSICOPATOLOGICO

• DERIVADO A

• CANTIDAD DE SESIONES POR PLAN (por año calendario)

• OBSERVACIONES



EVOLUCIÓN

FECHA

NOMBRE Y APELLIDO

EDAD

N° DE ASOCIADO

PLAN:

• TIPO DE TRATAMIENTO

- PSICOTERAPIA : Individual, de familia, de pareja, grupal
- PSICOFARMACOLOGICO

• CANTIDAD DE ENTREVISTAS TREALIZADAS

• RESUMEN DE LO ACTUADO

• SÍNTOMAS Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

• DATOS DE MEDICACIÓN (si la hubiere)

• INTERCONSULTAS REALIZADAS

• OBSERVACIONES



INFORME DE FIN DE TRATAMIENTO

FECHA

NOMBRE Y APELLIDO

EDAD

N° DE ASOCIADO

PLAN:

PERÍODO DE TRATAMIENTO (sesiones consumidas): _____

- ESPECIFICAR FIN DE TRATAMIENTO (Abandono, Alta, Derivación, Otros)

- EPICRISIS

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL