

| | | |
|---------|----------------|-------|
| ENTRADA | | |
| Nº | 1106 | 11/11 |
| FIRMA: | <i>[Firma]</i> | |

LA PLATA, 30-DIC-2010

VISTO el expediente N° 2914-9820/06 alc. 2/08 Y II Cuerpo ,
iniciado por la Dirección Aud. Y Fisc. Med. Ambulatoria, caratulado: "ELEVA
PROPUESTA DE CELEBRACION DE CONVENIO ENTRE ESTE IOMA Y EL
COLEGIO DE PSICOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (E/ ACT.
REF.ACCESO DIRECTO DE BENEFICIARIOS SUPRIMIENDO LA VIA DE
EXCEPCION (REINTEGRO Y/O AUTORIZACION)", y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones se gestiona el Acta Acuerdo
de Colaboración Institucional IOMA-Colegio de Psicólogos de la Provincia de
Buenos Aires, modificatoria de la aprobada por Resolución N° 695/06 con sus
respectivos Anexos, y el Convenio Individual con Profesionales Psicólogos;

Que el mencionado acuerdo tiene por objeto establecer criterios
objetivos de selección y acreditación de profesionales psicólogos para la celebración
de Convenios Individuales en las diferentes modalidades de atención: psicoterapia
educacional, grupal, familiar, de pareja, psicodiagnóstico clínico y neurocognitivo, en
función de la relación profesional-población;

Que estos convenios permitirán articular acciones conjuntas
tendientes a brindar atención a los beneficiarios del IOMA en todo el ámbito de la
Provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

Que a tales fines, las partes acuerdan establecer la apertura de un
registro de prestadores para cada una de las modalidades de atención, de
conformidad con los requisitos profesionales y administrativos, y modalidad de las
prestaciones previstas en el Anexo 1 del contrato que forma parte integrante del
presente; estableciéndose la vigencia a partir de la notificación fehaciente del Acto
Administrativo que apruebe el citado instrumento;

8549/10

Que a fojas 162 y vuelta, la Asesoría General de Gobierno no tiene, desde el punto de vista de su competencia, observaciones que formular a los proyectos de Acta Acuerdo y de Convenio Individual para Psicoterapia, estimando que puede el Honorable Directorio, de considerarlo oportuno y conveniente, autorizar al Señor Presidente a su suscripción y posteriormente aprobarlos mediante el dictado de la pertinente Resolución;

Que a fojas 165 y vuelta la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas observa que no obra en autos la documentación que diera origen y fundamento a la actualización de valores realizada

Que asimismo y dada la particularidad de las prácticas incluidas, destaca la dificultad de comparar los valores de las mismas con precios de mercado, advirtiendo que su conveniencia recae bajo la exclusiva responsabilidad de los funcionarios que promueven el presente proyecto;

Que en su intervención de fojas 168, la Dirección General de Administración remite las presentes a la Dirección de Finanzas a los fines de realizar la imputación preventiva del gasto;

Que a fojas 169, obra la imputación solicitada por la suma de pesos un millón ciento cuarenta y un mil ciento seis (\$1.141.106) : ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Fuente de Financiamiento 1.2. Presupuesto General Ejecutivo 2010;

Que a fojas 183, la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria informa, de acuerdo a lo observado por la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas, que la actualización de los valores realizada se origina y fundamenta en los aumentos que la Obra Social ha establecido en los montos reconocidos para las diferentes prestaciones;

Que a su vez, señala que se toma como referencia la variación del valor de la sesión de psicoterapia individual establecido en acuerdo con el Consejo Superior del Colegio de Psicólogos;

8549/10

Que a fojas 187, 189 y vuelta, la Contaduría General de la Provincia y la Fiscalía de Estado comparten el criterio expuesto por el Organismo Asesor;

Que a fojas 194/219, se adjuntan copias del Acta Acuerdo de Colaboración Institucional IOMA-Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires y el Convenio Individual con Profesionales Psicólogos;

Que La Dirección General de Prestaciones interviene a fojas 231 sin formular objeciones;

Que a fojas 233 y vuelta, la Dirección de Relaciones Jurídicas no encuentra observaciones que formular en el ámbito de su competencia, considerando que pueden suscribirse los ejemplares del acuerdo por las partes intervinientes, y posteriormente el Honorable Directorio prestarle formal aprobación;

Que a fojas 236 el Departamento de Coordinación deja constancia que el Honorable Directorio en su reunión de fecha 22 de septiembre de 2010, según consta en Acta N° 38, resolvió Aprobar el Acta Acuerdo de Colaboración Institucional IOMA- Colegio de Psicólogos de la provincia de Buenos Aires, con sus respectivos Anexos, y el Convenio Individual con Profesionales Psicólogos, que como Anexo 1 formará parte del acto administrativo a dictarse;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en el art. 7° inc d, f y concc. de la Ley N° 6982 (T.O. 1987).

Por ello,

**EL HONORABLE DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO
ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
RESUELVE**

ARTICULO 1°. Aprobar el Acta Acuerdo de Colaboración Institucional IOMA-Colegio de Psicólogos de la provincia de Buenos Aires, con sus respectivos Anexos,

8549/10

y el Convenio Individual con Profesionales Psicólogos , que como Anexo 1 formará parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°. Atender el gasto demandado con la siguiente imputación presupuestaria: ENT 200, PRG 1,AES 1, Finalidad 3, Función 1 , Principal 3, Subprincipal 4, Fuente de Financiamiento 1.2. Presupuesto General Ejecutivo 2010.

ARTICULO 3°. Registrar. Notificar al Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Comunicar a la Asesoría General de Gobierno, a la Contaduría General de la Provincia y a la Fiscalía de Estado. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N°

MLA

8549/10



Antonio La Scaleia
Dr. ANTONIO LA SCALEIA
Presidente
I.O.M.A.

ACTA ACUERDO DE COLABORACION INSTITUCIONAL IOMA-COLEGIO DE PSICOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES MODIFICATORIA DE LA SUSCRIPTA EL 15 de julio de 2006 APRCADA POR RESOLUCIÓN N° 695/06

Entre el INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, en adelante "el IOMA o la Obra Social", con domicilio legal en la calle 46 N° 886, de La Plata, representado en este acto por su Presidente, Dr. Antonio La Scaleia, por una parte; y por la otra, el COLEGIO DE PSICOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, en lo sucesivo "el Colegio o la Entidad", con domicilio legal en calle 10 Nro. 690, 4to. Piso, de La Plata, representado por su Presidenta Lic. Liliana BERNACHEA, acuerdan celebrar el presente Acta Acuerdo de Colaboración Institucional, modificatoria de la suscripta entre las partes el 15 de Julio de 2006 de Colaboración Institucional, aprobada por Resolución N° 695/06, con sujeción a las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA (OBJETO): Por la presente se establecen los criterios objetivos de selección y acreditación de profesionales psicólogos tendientes a la celebración de Convenios Individuales en las diferentes modalidades de atención, a saber psicoterapia educacional, psicoterapia grupal, psicoterapia familiar, psicoterapia de pareja, psicodiagnóstico clínico y psicodiagnóstico neurocognitivo con los mismos, en función de la relación profesional-población, que permitirán articular acciones conjuntas tendientes a brindar atención a los beneficiarios de "el IOMA" en todo el ámbito de Provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, acorde con los objetivos planteados en las reuniones de Comisión Mixta del año 2008.


CLAUSULA SEGUNDA (REGISTRO DE PRESTADORES): Las partes acuerdan establecer la apertura de un registro de prestadores, para cada una de las modalidades de atención, a saber psicoterapia educacional, psicoterapia grupal, psicoterapia familiar, psicoterapia de pareja, psicodiagnóstico clínico y psicodiagnóstico neurocognitivo, de conformidad con los requisitos profesionales y administrativos, y modalidad de las prestaciones previstos en el Anexo 1 de cada modelo de contrato que forman parte integrante del presente, las que serán de aplicación para la celebración de los Convenios previstos en la Cláusula anterior.

CLAUSULA TERCERA (VIGENCIA): El presente Convenio entrará en vigencia a partir de la notificación fehaciente del Acto Administrativo emanado del Directorio de "el IOMA" que apruebe este instrumento, previa intervención de los Organismos de Asesoramiento y Contralor Provinciales.

CLAUSULA CUARTA (CONSTITUCION DE DOMICILIOS): Para todos los efectos Judiciales y extrajudiciales emergentes del presente Convenio, las partes constituyen como domicilios especiales los domicilios anteriormente enunciados, donde se tendrán por válidas todas las notificaciones, judiciales o extrajudiciales.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD, SE FIRMA DOS (2) EJEMPLARES DE UN MISMO TENOR Y A UN SOLO EFECTO, EN LA CIUDAD DE LA PLATA, A LOS 20 DIAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2006.....


Dr. ANTONIO LA SCALEIA
Presidente
I.O.M.A.


Lic. Liliana E. Bernachea
Presidenta

CONVENIO INDIVIDUAL CON PROFESIONALES PSICÓLOGOS

Entre el INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, en adelante "el IOMA o la Obra Social", con domicilio legal en la calle 46 N° 886, de La Plata, representado en este acto por su Presidente, Dr. Antonio La Scaleia, por una parte; y por la otra, la/el Psicólogo/a, con domicilio en calle..... N° (dto, piso, torre) de la localidad de....., partido de....., en adelante "el Prestador" convienen en celebrar el presente contrato, con sujeción a las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA (OBJETO): "El Prestador" se compromete a desarrollar actividades asistenciales destinadas a otorgar a los beneficiarios de "el IOMA" atención psicológica, según la orientación de su práctica y su formación profesional, en las modalidades psicoterapia individual, psicoterapia educacional, psicoterapia grupal, psicoterapia familiar, psicoterapia de pareja, psicodiagnóstico clínico y psicodiagnóstico neurocognitivo, de acuerdo a las prestaciones tipificadas en el ANEXO 1 y de conformidad con las normas de atención y procedimiento que se establecen en el ANEXO 2, los cuales forman parte integrante del presente y en los ANEXOS 1 y 2 de la Resolución 695/06

CLAUSULA SEGUNDA (BENEFICIARIOS): A los efectos de brindar las prestaciones convenidas con cargo a "el IOMA", "el Prestador" deberá constatar la condición como beneficiario de la Obra Social, requiriéndole a aquel la exhibición de la credencial respectiva o certificación afiliatoria y último recibo de sueldo o constancia de pago de afiliación voluntaria y documento de identidad.

CLAUSULA TERCERA (PRINCIPIO DE LIBRE ELECCIÓN): Las partes acuerdan respetar el principio de libre elección del prestador por parte del beneficiario, a cuyo efecto "el IOMA" se obliga a difundir el derecho de cada beneficiario a la libre elección de los prestadores y "el Prestador" se compromete a respetar la obligación de atender a los beneficiarios de "el IOMA" que acrediten su condición de tal conforme lo establecido en la cláusula segunda, en todas las modalidades de asistencia que "el Prestador" brinde y se encuentren definidas en la Cláusula Primera del presente convenio.

CLAUSULA CUARTA (LIQUIDACIÓN Y FACTURACIÓN. AUTORIZACIÓN AL COLEGIO PROFESIONAL): "El Prestador" elevará a "el IOMA" a través del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, la liquidación y facturación brindadas a sus afiliados, dentro de los diez (10) primeros días corridos del mes siguiente al de la prestación o el día hábil inmediato posterior, debiendo "el IOMA" abonarlas dentro de los treinta (30) días corridos, contados a partir del vencimiento del término acordado para su presentación, de conformidad a los recaudos

establecidos en el ANEXO 3, de la Resolución 695/06. A los efectos antes mencionados, "el prestador" autoriza al Colegio a presentar ante "el IOMA" la liquidación y facturación correspondiente a sus prestaciones mensuales y a realizar y coordinar administrativamente el control y carga de los datos que resulten de tal presentación.

CLAUSULA QUINTA (CONTRAPRESTACION, PAGO POR PRESTACION): "el IOMA" abonará a "el Prestador", como contraprestación de los servicios contratados, el importe correspondiente a las prestaciones brindadas, según los valores establecidos en el ANEXO 1. A tal efecto "el Prestador" deberá poseer cuenta corriente o caja de ahorro en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, cuya individualización deberá aportar al tiempo de la firma de este convenio, a fin de que, "el IOMA" pueda efectivizar el pago.

En virtud de lo establecido en la Cláusula cuarta- in fine- "el Prestador" autoriza al Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires para que le retenga al momento de presentarle la facturación hasta el 3,5% del monto facturado mensualmente a "el IOMA" (incluyendo monto por coseguro y monto a cargo de IOMA) en concepto de gasto administrativo.

CLAUSULA SEXTA (COBRO INDEBIDO): Se acuerda que "el Prestador" no podrá en ningún supuesto y por el motivo que fuere, percibir valor alguno en forma directa de los beneficiarios, a excepción del cobro del coseguro, de acuerdo a lo establecido en los Anexos 1 y 2.

De corroborarse en forma fehaciente la violación a la presente cláusula, queda facultado "el IOMA" a debitar la suma abonada por el beneficiario, del monto de la facturación a abonar a "el prestador" para su posterior reintegro al afiliado, sin perjuicio de la aplicación de la Cláusula décima del presente y de las sanciones que pudieren corresponder a "el Prestador" por aplicación de la Ley 6982 (T. O. 1987) y su decreto reglamentario y demás normas de aplicación vigentes.

CLAUSULA SEPTIMA (AUDITORIA): "el IOMA" podrá efectuar las auditorias que crea convenientes para el debido contralor del cumplimiento de las obligaciones que asume "el prestador", quien deberá suministrar y/o exhibir toda la documentación que le fuere requerida. Asimismo, deberá llevar obligatoriamente y por beneficiario, una Historia Clínica o Ficha Clínica Individual.

CLAUSULA OCTAVA (REMISION A LA NORMATIVA DEL IOMA): "El Prestador" se compromete a cumplimentar las obligaciones a su cargo, de acuerdo al presente convenio, la ley 6982 (T. O. 1987) y su decreto reglamentario y demás normas de aplicación vigentes que declara conocer y aceptar, respetando los Programas y/o planes de Atención Médica previstos por el IOMA para sus afiliados, las normas de atención y procedimiento, las Resoluciones del Directorio y demás normas complementarias que se sancionen relacionada con este Convenio.

CLAUSULA NOVENA (SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL):

"El Prestador" deberá contar durante toda la vigencia del presente contrato, incluidas sus eventuales prórrogas, con un Seguro de Responsabilidad Profesional.

CLAUSULA DECIMA (DURACION, RENOVACION, DENUNCIA Y RESCISION):

El presente Convenio tendrá vigencia a partir del/...../..... por el término de un (1) año, renovable automáticamente por períodos iguales, salvo comunicación fehaciente en contrario de cualquiera de las partes, con quince (15) días corridos de anticipación a la fecha del vencimiento.

Podrá ser rescindido por cualquiera de las partes, en cualquier momento, sin expresión de causa ni derecho a indemnización, debiendo notificar en forma fehaciente a la otra, con quince (15) días corridos de anticipación, lapso durante el cual se mantendrán vigentes los derechos y obligaciones de ambas partes.


La no presentación de facturación por parte de "el Prestador" durante el periodo de un año, será causa de rescisión del contrato por parte de "el IOMA", con excepción de aquellos casos en los cuales "el Prestador" justifique los motivos debidamente.

El incumplimiento total o parcial de "el Prestador" a cualquiera de las obligaciones a su cargo previstas en el presente Convenio, constatado en forma fehaciente por "el IOMA" constituirá justa causa de rescisión contractual, la que se operará de manera automática sin necesidad e interpelación previa judicial o extrajudicial.

CLAUSULA UNDECIMA (DOMICILIOS Y COMPETENCIAS):

A los efectos del cumplimiento del presente Convenio, las partes constituyen domicilio legal en los consignados "ut supra" sometiéndose a la jurisdicción de los Tribunales del Fuero Contencioso Administrativo del Departamento Judicial de La Plata, con renuncia expresa a toda otra que pudiere corresponder.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD, SE FIRMA DOS (2) EJEMPLARES DE UN MISMO TENOR Y A UN SOLO EFECTO, EN LA CIUDAD DE LA PLATA, A LOS DIAS DEL MES DE DEL AÑO.....



Dr. ANTONIO LA SCALEIA
Presidente
I.O.M.A.

PSICOTERAPIAS

Listado de ANEXOS

ANEXO 1: Nomenclador de prácticas y valores

ANEXO 2: Normas de Atención y Procedimiento

Nomenclador de prácticasPrestaciones incluidas:

- Psicoterapia Educacional (330101d)
 - Psicoterapia Grupal (330102)
 - Psicoterapia Familiar (330103 a)
 - Psicoterapia de Pareja (330103 b)
 - Módulo de Evaluación Psicológica (330111a)
 - Psicodiagnóstico Clínico (330112a)
 - Módulo de Evaluación Neurocognitiva (330111b)
 - Psicodiagnóstico Neurocognitiva (330112b)
- Psicoterapia Educacional (330101d)

Primeras cuatro consultas

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|-----------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.01A | Entrevistas iniciales | \$ 45,00 | \$ 45,00 | \$ 0,00 |

Módulo de Evaluación Psicológica

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|----------------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.11A | Módulo de Evaluación psicológica | \$ 288,00 | \$ 135,00 | \$ 153,00 |

Psicoterapia Educacional: 40 sesiones en total (entre 4 y 5 por mes)

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|--------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.01D | Psicoterapia Educacional | \$ 45,00 | \$ 12,00 | \$ 33,00 |

Entrevista de orientación a padres

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del Afiliado | A cargo de IOMA |
|------------|-------------------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.01 C | Entrevistas de Orientación a padres | \$ 45,00 | \$ 12,00 | \$ 33,00 |

▪ **Psicoterapia Grupal (330102)****Entrevistas Iniciales (previas a la inclusión al grupo)**

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|-----------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.01A | Entrevistas iniciales | \$ 45,00 | \$ 45,00 | \$ 0,00 |

Psicoterapia Grupal: 40 sesiones en total (entre 4 y 5 por mes)

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|----------|---------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.02 | Psicoterapia Grupal | \$ 23,00 | \$ 6,00 | \$ 17,00 |

• **Psicoterapia Familiar (330103 a)****Entrevista Previa a la Psicoterapia Familiar**

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|--------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.01A | Entrevista Inicial | \$ 45,00 | \$ 45,00 | \$ 0,00 |

Psicoterapia Familiar: 18 sesiones

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|------------|-----------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.03 A | Psicoterapia Familiar | \$ 88,00 | \$ 34,00 | \$ 54,00 |

Psicoterapia de Pareja (330103 b)**Entrevista Previa a la Psicoterapia De Pareja**

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|--------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.01A | Entrevista Inicial | \$ 45,00 | \$ 45,00 | \$ 0,00 |

Psicoterapia de Pareja: 24 sesiones

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.03B | Psicoterapia de Pareja | \$ 69,00 | \$ 28,00 | \$ 41,00 |



• Módulo de Evaluación Psicológica (33.01.11a)**Mínimo de 3 entrevistas**

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|----------------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.11A | Módulo de Evaluación Psicológica | \$ 288.00 | \$ 135.00 | \$ 153.00 |

• Módulo de Evaluación Neurocognitiva (33.01.11b)**Mínimo de 3 entrevistas**

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|-------------------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.11B | Módulo de Evaluación Neurocognitiva | \$ 288.00 | \$ 135.00 | \$ 153.00 |

• Psicodiagnóstico clínico (33.01.12a)**Mínimo de 5 entrevistas**

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|--------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.12A | Psicodiagnóstico clínico | \$ 518.00 | \$ 225.00 | \$ 393.00 |

• Psicodiagnóstico Neurocognitivo (33.01.12b)**Mínimo de 5 entrevistas**

| Código | Prestación | Valor por sesión | Coseguro a cargo del afiliado | A cargo de IOMA |
|-----------|---------------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| 33.01.12B | Psicodiagnóstico Neurocognitivo | \$ 518.00 | \$ 225.00 | \$ 393.00 |

NORMAS DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTO

Lineamientos y normativas a las que deberán ajustarse las prestaciones realizadas por profesionales psicólogos

330101d PSICOTERAPIA EDUCACIONAL

Esta prestación se refiere a los tratamientos de psicoterapia individual de niños y adolescentes con problemáticas que afectan el proceso educativo. Los lineamientos de cobertura, valores y planillas son los mismos que para psicoterapia individual con la excepción que en esta única prestación se admitirá que un profesional realice la evaluación psicológica y el tratamiento al mismo afiliado.

330111 a Módulo de Evaluación Psicológica

Cantidad mínima de entrevistas: 3, en un lapso de tiempo no menor a quince días.

Incluye entrevista de devolución e informe, administración de técnicas psicométricas o proyectivas. En aquellos casos que se requiera evaluar la capacidad intelectual deberán incluirse por lo menos dos psicométricos de fundamentación diversa.

Queda excluida de este abordaje la orientación vocacional y ocupacional.

330102 PSICOTERAPIA GRUPAL

Se define a la psicoterapia grupal como aquella práctica en la cual al menos un profesional psicólogo asiste en forma conjunta a un mínimo de 4 integrantes, dentro de un encuadre específico en el cual se atiende a la dinámica del grupo como superadora de las problemáticas individuales. El grupo conformado para tal fin no podrá exceder el número de 8 integrantes, entre los cuales no exista ningún vínculo familiar o afectivo.

La cantidad de sesiones estipuladas es de 40 con una frecuencia semanal. La duración de las mismas será de 90 minutos como mínimo

El afiliado no podrá solicitar la cobertura de psicoterapia individual y grupal realizada con el mismo profesional, en forma simultánea.

La cobertura propuesta es para cada integrante del grupo, el profesional deberá percibir honorarios por cada uno de los miembros del mismo fueran o no afiliados de esta Obra Social.

En aquellos casos en que se requiera la prórroga de cobertura, la misma quedará sujeta a la auditoria de este IOMA.

330103 a PSICOTERAPIA FAMILIAR

Se define a la psicoterapia familiar como aquella práctica en la cual al menos un profesional psicólogo asiste en forma conjunta a los miembros de una familia, dentro de un encuadre específico en el cual se atiende a la dinámica del grupo familiar como origen de las problemáticas individuales.

Se reconocerán hasta 18 sesiones. La duración de las mismas será de 90 minutos como mínimo; con una frecuencia de hasta una por semana. No se podrá solicitar la cobertura de tratamiento de psicoterapia individual de ningún miembro del grupo familiar, con el mismo profesional.

La cobertura propuesta es para todo el grupo familiar, el profesional no podrá percibir honorarios en concepto de ese tratamiento por fuera de lo que se encuentra estipulado.

En aquellos casos en que se requiera la prórroga de cobertura, la misma quedará sujeta a la auditoría de este IOMA.

330103 b PSICOTERAPIA DE PAREJA

Se define a la psicoterapia de pareja como aquella práctica en la cual un profesional psicólogo asiste en forma conjunta a los miembros de la misma, dentro de un encuadre específico en el cual se atiende a la dinámica de la pareja como objeto de atención clínica.

Se reconocerán hasta 24 sesiones. La duración de las mismas será de 60 minutos como mínimo; con una frecuencia de hasta una por semana.

No se podrá solicitar la cobertura de tratamiento de psicoterapia individual de un miembro y de psicoterapia de pareja realizada con el mismo profesional.

La cobertura propuesta es para la pareja, el profesional no podrá percibir honorarios en concepto de ese tratamiento por fuera de lo que se encuentra estipulado.

En aquellos casos en que se requiera la prórroga de cobertura, la misma quedará sujeta a la auditoría de este IOMA.

PROCESO PSICODIAGNÓSTICO

El psicodiagnóstico es un proceso por el cual, tras la administración de una batería diagnóstica previamente seleccionada, se responden preguntas que hacen a los aspectos psicológicos fundamentales de un sujeto.

Como práctica reconocida, en muchas ocasiones acorta plazos, al ser un proceso que en un número limitado de entrevistas, recolecta, procesa, analiza e integra datos sobre el psiquismo del sujeto, permitiendo objetivar más claramente los resultados.

El psicodiagnóstico resulta procedente en diferentes situaciones, como por ejemplo:

- Cuando se requiera conocer la estructura y dinámica de la personalidad del paciente.

- Cuando en el curso de un tratamiento psicoterapéutico o por fuera del mismo surjan dudas puntuales a ser evaluadas como por ejemplo: riesgo suicida, CI, etc.
- Cuando es necesario conocer anticipadamente aspectos de las funciones psíquicas superiores para prevenir patologías incipientes o futuras, ejemplo evaluaciones cognitivas varias: de memoria, atención, que interesen a los psicólogos y/o a los médicos tratantes o definan inserciones institucionales del paciente.

El profesional que realice la evaluación deberá informar las conclusiones al profesional que la solicitó.

Queda a criterio de la auditoría la no autorización en aquellos casos en los cuales se considere que el proceso psicodiagnóstico no se encuentra justificado.

Observaciones: el profesional que realiza una evaluación o un psicodiagnóstico no podrá conducir un tratamiento psicoterapéutico del afiliado o de su familia, se exceptúa el caso de psicoterapia educacional.

33.01.11a Módulo de Evaluación Psicológica

Cantidad mínima de entrevistas: 3

Incluye entrevistas de devolución e informe, administración de técnicas psicometrías y/o proyectivas. En aquellos casos que se requiera evaluar la capacidad intelectual deberán incluirse por lo menos 2 test psicométricos de fundamentación diversa.

El módulo deberá justificarse según su objetivo de evaluación, por ejemplo,

- Riesgo suicida.
- Capacidad intelectual (niños)

33.01.12a Psicodiagnóstico Clínico

En niños y adolescentes:

Cantidad mínima de entrevistas: 6

Incluye entrevistas a padres, entrevistas de devolución e informe, administración de 5 técnicas como mínimo, psicometrías y proyectivas, que incluya un test temático o Rorschach. En aquellos casos que se requiera evaluar la capacidad intelectual deberán incluirse por lo menos 2 psicométricas de fundamentación diversa.

Adultos:

Cantidad mínima de entrevistas: 5

Incluye entrevistas de devolución e informe, administración de 5 técnicas como mínimo, psicometrías y/o proyectivas, que incluya un test temático o Rorschach. En aquellos casos que se requiera evaluar la capacidad intelectual deberán incluirse por lo menos 2 psicométricas de fundamentación diversa.

33.01.11b **Módulo de Evaluación Neurocognitiva**

Cantidad mínima de entrevistas: 3

Incluye entrevistas de devolución e informe, administración de técnicas.

El módulo esta destinado a la evolución de las funciones psicológicas superiores.

33.01.12b **Psicodiagnóstico Neurocognitivo**

Cantidad mínima de entrevistas: 5

Incluye entrevistas de devolución e informe, administración de técnicas tales como MMSE, Test de Figura compleja de Rey, Test de Barcelona, distintos screening (funciones psicológicas superiores) así como otras reconocidas en la temática.

Handwritten signatures in blue ink, including a stylized 'V' or 'W' shape, a signature that appears to be 'R', and a signature that appears to be 'C. J. Lopez'.

Acceso a la prestación:

- Acreditación de la condición de afiliado

Las entrevistas anteriores al inicio de estas prestaciones específicas las abonará el afiliado según los valores establecidos para psicoterapia individual.

- En el caso de **psicoterapia educacional**, el afiliado abonará las primeras 4 entrevistas según el valor establecido y las siguientes 40 un coseguro por sesión. Las entrevistas de Orientación a padres se considerarán por fuera de las 40 sesiones antes mencionadas y no podrán exceder las 18 sesiones. En aquellos casos en que se realice el Módulo de Evaluación Psicológica, el afiliado deberá abonar, por todo concepto el coseguro equivalente de 3 sesiones, no pudiendo facturarse en el mismo periodo (un mínimo de quince días) sesiones de psicoterapia educacional ni entrevistas de orientación a padres.
- En el caso de **psicoterapia grupal** el afiliado abonará al psicólogo las entrevistas de evaluación previas a su inclusión en el grupo, que deberán ser un mínimo de 2 según el valor establecido. Las sesiones grupales tendrán un coseguro a cargo del afiliado.
- En el caso de **psicoterapia familiar**, la entrevista previa con uno o dos de los integrantes del grupo familiar, en caso de realizarse, deberá abonarla el afiliado según el valor establecido. Las sesiones familiares tendrán un coseguro.
- En el caso de **psicoterapia de pareja**, si hubiera alguna entrevista previa con uno de los integrantes de la pareja, la misma deberá abonarla el afiliado según el valor establecido. Las sesiones de pareja tendrán un coseguro.
- En el caso de los **módulos de evaluación psicológica o neurocognitiva**, el afiliado deberá abonar por todo concepto un coseguro equivalente para 3 sesiones de psicoterapia.
- En el caso del **psicodiagnóstico clínico o neurocognitivo**, el afiliado deberá abonar por todo concepto un coseguro equivalente la valor establecido para 5 sesiones de psicoterapia.

Registro de la prestación para las psicoterapias:

En los casos en que se decida el inicio de un tratamiento, el profesional deberá solicitar la autorización a través de la página Web, consignando todos los datos requeridos.

Anexo 2

Circuito de Autorización de Tratamiento Psicoterapéutico Educativo, Grupal, Familiar y de Pareja

- El psicólogo deberá ingresar a la página Web para solicitar la autorización del tratamiento, en la modalidad que corresponda, completando la Planilla de Tratamiento de Psicoterapia. En esa oportunidad, el IOMA podrá autorizar el tratamiento. La cantidad de sesiones variará de acuerdo a la frecuencia considerada y debidamente justificada. El IOMA podrá conceder la autorización requerida dentro del límite de sesiones fijado para esta práctica.
- Cada vez que finalice la autorización otorgada por el IOMA, el Psicólogo deberá ingresar a la página Web para solicitar nuevamente la autorización de continuidad, completando la Planilla de Evolución de Psicoterapia.
- En aquellos casos en que cumplida la cantidad de sesiones establecida, el profesional considere necesaria la continuidad del tratamiento podrá solicitar prórroga de la cobertura, completando una Planilla de Evolución de Psicoterapia, en la cual justifique la extensión.

Registro de la prestación para los procesos psicodiagnósticos:

El profesional deberá solicitar la autorización a través de la página Web, consignando todos los datos requeridos.

Circuito de Autorización

- El psicólogo deberá ingresar a la página Web para solicitar la autorización en la modalidad que corresponda, completando la Planilla de Solicitud de Psicodiagnóstico. En esa oportunidad, el IOMA podrá autorizar el módulo, también se podrá solicitar ampliación de la información que el psicólogo completará en la Planilla de Ampliación de Información.
- Una vez finalizado el proceso psicodiagnóstico el profesional completará vía web la Planilla de Conclusiones Diagnósticas.
- En aquellos casos en que el afiliado deje de asistir a las sesiones antes de que finalice el proceso psicodiagnóstico el psicólogo lo informará en la Planilla de Conclusiones Diagnósticas, y no podrá facturar el módulo. Las entrevistas realizadas las habrá abonado el afiliado como coseguro, a los valores vigentes para psicoterapia individual.

Auditoría:

El IOMA podrá realizar auditorías, o entrevistas a los profesionales, en cualquier etapa del tratamiento. Para estos fines se cuenta con un equipo de profesionales auditores. Sin perjuicio de ello, el Colegio también podrá ejercer las mismas funciones

PLANILLA DE INICIO PSICOTERAPIA EDUCACIONAL

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Número de Afiliado:..... Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta:...../...../.....
- Fecha de inicio de tratamiento:...../...../.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:.....

Motivo de consulta:

.....
.....

Nivel de Escolaridad:

Diagnóstico:

.....
.....
.....

Descripción del cuadro clínico (enmarcado en los criterios que permiten arribar al diagnóstico consignado y aludiendo a la particularidad del paciente):

.....
.....
.....

Completar en caso de pacientes en tratamiento psicofarmacológico.

Nombre y apellido del paciente:

Profesional a cargo del mismo:.....

Fármacos indicados y dosis/día.....

Entrevistas de Orientación a Padres

Frecuencia: quincenal - mensual

Participantes:

Observaciones:

.....
.....

Firma y sello del profesional

Fecha:...../...../.....

PLANILLA DE EVOLUCIÓN PSICOTERAPIA EDUCACIONAL

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Número de Afiliado:..... Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta:...../...../.....
- Fecha de inicio de tratamiento:...../...../.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:

Diagnóstico:
.....
.....
.....

Nivel de Escolaridad:.....

Evolución del cuadro clínico (enmarcado en los criterios que permiten arribar al diagnóstico consignado y aludiendo a la particularidad del paciente):
.....
.....
.....
.....
.....

Completar en caso de pacientes en tratamiento psicofarmacológico.
Nombre y apellido del paciente:
Profesional a cargo del mismo:.....
Fármacos indicados y dosis/día.....

Entrevistas de Orientación a Padres
Frecuencia: quincenal - mensual
Participantes:

Observaciones:
.....
.....
.....

Firma y sello del profesional

Fecha:...../...../.....

PLANILLA DE SOLICITUD DE PSICODIAGNÓSTICO

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Número de Afiliado:..... Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta:...../...../.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:

Se solicita autorización para:

- Módulo de Evaluación Psicológica
- Módulo de Evaluación Neurocognitiva
- Psicodiagnóstico Clínico
- Psicodiagnóstico Neurocognitivo

Motivo de Consulta (que de cuenta de la necesidad de la Evaluación) :

.....
.....

Motivos clínicos de la elección de la batería

.....
.....
.....

Pruebas a Administrar

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Observaciones:

.....
.....

Firma y sello del profesional

Fecha:...../...../.....

PLANILLA DE AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN DE PSICODIAGNÓSTICO

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Número de Afiliado:..... Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta:...../...../.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:

Se solicita autorización para:

- Módulo de Evaluación Psicológica
- Módulo de Evaluación Neurocognitiva
- Psicodiagnóstico Clínico
- Psicodiagnóstico Neurocognitivo

Ampliación :

.....
.....
.....
.....

Pruebas a Administrar

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Observaciones:

.....
.....

Firma y sello del profesional

Fecha:...../...../.....

PLANILLA DE CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres: Edad.....
- Número de Afiliado: Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta: .../.../.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:.....

Resultados Obtenidos en la Pruebas

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Conclusiones Diagnósticas

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indicaciones:

.....
.....
.....
.....

Observaciones:

.....
.....

Firma y sello del profesional

Fecha: .../.../....



PLANILLA DE INICIO PSICOTERAPIA GRUPAL

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Número de Afiliado:..... Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta:.....J.....J.....
- Día y horario asignado al grupo:
- Fecha de inicio de tratamiento grupal:.....J.....J.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:

Criterios Utilizados para la formación de este grupo

Cantidad de integrantes del grupo

Características generales de los integrantes del grupo

Motivo de consulta:

Diagnóstico:

Descripción del cuadro clínico (enmarcado en los criterios que permiten arribar al diagnóstico consignado y aludiendo a la particularidad del paciente):

Completar en caso de pacientes en tratamiento psicofarmacológico.

Profesional a cargo del mismo:.....

Fármacos indicados y dosis/día.....

Observaciones:

Firma y sello del profesional

Fecha:.....J.....J.....



PLANILLA DE EVOLUCIÓN PSICOTERAPIA GRUPAL

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Número de Afiliado:..... Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta:...../...../.....
- Fecha de inicio de tratamiento:...../...../.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:

Diagnóstico:

.....
.....
.....

- Evolución del cuadro clínico (enmarcado en los criterios que permiten arribar al diagnóstico consignado y aludiendo a la particularidad del paciente):

.....
.....
.....
.....
.....

Descripción de la Dinámica Grupal.

.....
.....
.....
.....
.....

Observaciones:

.....
.....
.....

Firma y sello del profesional

Fecha:...../...../.....



PLANILLA DE INICIO PSICOTERAPIA FAMILIAR

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Número de Afiliado:..... Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta:...../...../.....
- Fecha de inicio de tratamiento:...../...../.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:

Datos de los participantes de las sesiones

- Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
- Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
- Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
- Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
- Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
- Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....

- Motivo de consulta:
.....
- Diagnóstico:
.....
- Descripción del cuadro clínico (enmarcado en los criterios que permiten arribar al diagnóstico consignado y aludiendo a la dinámica familiar particular):
.....
.....
- Completar en caso de pacientes en tratamiento psicofarmacológico.
Nombre y apellido del paciente:
Profesional a cargo del mismo:.....
Fármacos indicados y dosis/día.....

Nombre y apellido del paciente:
Profesional a cargo del mismo:.....
Fármacos indicados y dosis/día.....
- Observaciones:
.....

Firma y sello del profesional

Fecha:...../...../.....



PLANILLA DE EVOLUCIÓN PSICOTERAPIA FAMILIAR

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Número de Afiliado:..... Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta:...../...../.....
- Fecha de inicio de tratamiento:...../...../.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:

Datos de los participantes de las sesiones

Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....
Nombre:..... Edad..... Relación de Parentesco.....

Diagnóstico:

.....
.....

Evolución del cuadro clínico (enmarcado en los criterios que permiten arribar al diagnóstico consignado y aludiendo a la dinámica familiar particular):

.....
.....
.....
.....

Observaciones:

.....
.....

Firma y sello del profesional

Fecha:...../...../.....



PLANILLA DE EVOLUCIÓN PSICOTERAPIA DE PAREJA

Datos de identificación del afiliado

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Número de Afiliado:..... Localidad.....
- Teléfono.....
- Fecha de la primera consulta:...../...../.....
- Fecha de inicio de tratamiento:...../...../.....
- Lugar de trabajo y/o Repartición:

Datos del Cónyuge o conviviente

- Apellido y nombres:..... Edad.....
- Diagnóstico:
.....
.....
- Evolución del cuadro clínico (enmarcado en los criterios que permiten arribar al diagnóstico consignado y aludiendo a la particularidad de la pareja):
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Observaciones:
.....
.....
.....

Firma y sello del profesional

Fecha:...../...../.....

