

## PSICOLOGIA

### **CONSULTA PSICOLOGICA PRIMARIA:**

Corresponde a la primera entrevista donde se estima impresión diagnóstica y tratamiento a seguir.

Se reconocerá una por profesional.

### **PSICOTERAPIA INDIVIDUAL:**

- La atención del terapeuta debe limitarse a una sola persona por grupo familiar.
- El paciente debe ser mayor de 4 años.
- Se cubrirán hasta 4 sesiones mensuales con una duración mínima de 40 minutos cada una debidamente autorizada por Aca Salud. Tope anual acorde al plan.

### **PSICOTERAPIA FAMILIAR Y/O DE PAREJA**

- Para la autorización de estos tratamientos el afiliado deberá presentar un informe justificativo del mismo.
- Se cubrirán hasta dos sesiones mensuales con una duración mínima de 50 minutos cada una debidamente autorizada por Aca Salud. Tope anual acorde a plan.
- La autorización previa saldrá a nombre de uno de los integrantes del grupo familiar que realiza el tratamiento.

### **PRUEBAS PSICOMETRICAS – PRUEBAS PROYECTIVAS**

- Se reconocerá a pacientes desde 6 y hasta 15 años con el correspondiente informe de solicitud confeccionado por el profesional.
- El profesional deberá especificar la patología a evaluar y tipo de test a utilizar.
- Cada uno deberá constar de una batería con un mínimo de 4 test.
- Se reconocerá una por año de cada prueba con la correspondiente autorización de Aca Salud.

## PSIQUIATRÍA

### **CONSULTA PSIQUIÁTRICA:**

El profesional podrá facturar hasta una consulta por mes por paciente, para control medicamentoso.

En caso de requerir algún tratamiento específico, deberá solicitar la autorización previa de Aca Salud.

## PSICOPEDAGOGIA

Para la autorización de este tratamiento el afiliado deberá presentar el informe de gabinete de la institución escolar especificando en que área del aprendizaje se presentan las dificultades.

Se reconocerá a pacientes desde 4 y hasta 15 años.

Se cubrirán hasta 4 sesiones mensuales con una duración mínima de 40 minutos cada una debidamente autorizada por Aca Salud. Tope anual acorde a plan.

## REQUISITOS PARA EL COBRO DE ESTAS PRESTACIONES

### **Cada sesión deberá constar con:**

- Autorización de Aca Salud
- Fecha de realización
- Conformidad del paciente: firma – aclaración y número del documento
- Firma y sello del profesional perfectamente legible