

# NORMAS OPERATIVAS



**CO  
NOCÉ  
COBER**



**PARA  
LA SALUD  
MENTAL**

**f**

**SALUD  
100%  
DI  
GITAL**



**in**

# NORMAS OPERATIVAS PARA LA SALUD MENTAL



La siguiente norma es aplicable para:



cmsalud

## NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE LAS PRESTACIONES

### PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN

El sistema de Salud Mental se encuentra organizado en torno a un esquema centralizado de admisión, donde un profesional idóneo (Admisor) evalúa la problemática de salud del 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 El afiliado deberá comunicarse al call center de Cober 4556-4800 en el cual se le brindará un turno con un admisor.
- 2 En la entrevista de admisión se realiza la apertura de la Historia Clínica del área teniendo como eje el Motivo de consulta. El afiliado debe concurrir con la credencial al día. Se recomienda leer previamente la "Guía de atención y Cobertura de Salud mental", ya que el admisor hará firmar la conformidad del afiliado con el procedimiento allí planteado. Esta se deberá adjuntar a la HISTORIA CLÍNICA DE ADMISIÓN.
- 3 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.

### COBERTURA DE SALUD MENTAL

- El paciente debe concurrir al profesional indicado por el admisor con la PLANILLA DE DERIVACIÓN que le fue entregada por el admisor y con la credencial al día.
- En la primera entrevista con el profesional a cargo del tratamiento debe informar al paciente sobre la propuesta terapéutica mediante la firma del CONSENTIMIENTO INFORMADO.
- Cada profesional deberá confeccionar una PLANILLA DE EVOLUCIÓN cada 10 entrevistas. Al finalizar el tratamiento, el profesional deberá confeccionar un INFORME DE FIN DE TRATAMIENTO. Estas planillas serán entregadas a la Coordinación.
- Las entrevistas tendrán como mínimo una frecuencia semanal, siendo la duración de cada entrevista de no menos de 30 minutos cada una.
- Podrán solicitarse 4 sesiones 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 autorizadas por la Coordinación de Salud Mental, reservándose la empresa el derecho de autorización.
- Una vez finalizada la cobertura, el afiliado podrá continuar con el tratamiento con el profesional, con honorarios preferenciales, no pudiendo exceder el techo fijado oportunamente por la Coordinación de Salud Mental.
- Para las entrevistas de pareja, grupales y de padres, cada participante deberá firmar la documentación requerida en caso de ser afiliados a la empresa. Si algún participante no estuviese asociado, deberá abonar los honorarios preferenciales oportunamente fijados.



# NORMAS OPERATIVAS PARA LA SALUD MENTAL



La siguiente norma es aplicable para:



cmsalud

- Entrevista de padres: se autoriza una entrevista a padres por mes de tratamiento del niño. Si el profesional debiera tener más encuentros con ambos padres, deberá notificar a la coordinación y fundamentarlo. En estos casos las entrevistas se debitarán del total de sesiones disponibles para el paciente. En caso de los padres no pertenecer a la empresa, los honorarios correrán por cuenta propia de quien asiste a la entrevista.
- La PLANILLA DE PRESTACIONES deberá estar respaldada por la autorización otorgada al comienzo del mes por la empresa y por el n° de elegibilidad de cada sesión validado por Traditum. Se entenderá como autorizada para su facturación cuándo dicha prestación sea respaldada con el n° de autorización emanado por la empresa. Sin esta autorización la prestación no puede ser realizada.
- Las entrevistas (de admisión y de cobertura) se registrarán de acuerdo a las normas y condiciones del plan contratado, en relación al coseguro y cantidad de sesiones cubiertas.
- COBERTURA DE INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL: Se cubrirán internaciones agudas por un plazo máximo de 30 días, con la evaluación y autorización previa de auditoría. La orden deberá ser emitida por un profesional de la empresa. En el caso en que esta fuese la indicación adecuada, la internación se realizará en los efectores propios de la empresa, según el caso y la disponibilidad.
- URGENCIAS EN SALUD MENTAL: éstas se resolverán con los mecanismos habituales: servicio de ambulancias y efector de cabecera. A partir de allí, se dará respuesta con los interconsultores o con la prestadora de emergencias adecuada.

## NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS PRESTADORES

### PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIONES

#### AUTORIZACIONES

##### Procedimiento Online

El profesional deberá ingresar a "portal.cobermed.com" con su usuario y contraseña a fin de solicitar la cantidad de entrevistas a realizar en el mes (ver punto anterior). Si las prestaciones son autorizadas, el sistema le dará un n° de orden, el cuál será consignada en la planilla de prestaciones correspondiente. De no poseer aún los datos de usuario y contraseña, por favor enviar un mail solicitándolos a: [prestadores@cobermed.com](mailto:prestadores@cobermed.com)

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

- Profesional del equipo de Salud Mental de la empresa.
- La solicitud de prestación será provista por la empresa.
- El n° de orden de autorización emitida por el sistema junto con la PLANILLA DE PRESTACIONES deberán ser presentada junto a la liquidación regular, como constancia de asistencia a las sesiones autorizadas por parte del paciente.
- La PLANILLA MENSUAL DE PRESTACIONES debe ser correctamente completada con todos los datos solicitados.

# NORMAS OPERATIVAS PARA LA SALUD MENTAL



La siguiente norma es aplicable para:



cmsalud

## LAS PRESTACIONES:

- La PLANILLA DE PRESTACIONES MENSUALES deberá estar respaldada por el n° de autorización otorgada por sistema. Sin la autorización la prestación no puede ser realizada. Se deberá completar correctamente con todos los datos solicitados y la elegibilidad de cada entrevista. Y el afiliado firmará, al final de cada entrevista, la prestación realizada o el turno bloqueado.
- La Autorización tendrá una validez de 30 días y la prestación no puede exceder la fecha límite de autorización. Dicha fecha será determinada por la empresa y corresponde al plazo máximo dentro del cual se podrá realizar la entrevista. 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.
- El profesional deberá verificar la credencial del afiliado en cada entrevista a realizar, consultando la ELEGIBILIDAD en la página de TRADITUM y constatando la autorización para realizar la prestación.

## DE LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

### NORMAS GENERALES

- El período de facturación se rige por mes calendario, cerrando indefectiblemente el último día de cada mes.
- La facturación debe presentarse del 1° al 10° día hábil de cada mes, en el horario de lunes a viernes de 9.00 a 17.00hs en la sede de Administración Central de la empresa, Av. Federico Lacroze 3225 - C.A.B.A. (C1426DNG), o en las dependencias habilitadas para tal fin. Toda facturación ingresada a partir del 10° día hábil será considerada como ingresada el 1° día hábil del mes siguiente a los fines de su liquidación.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Vía mail a las siguientes direcciones de e-mail:

### PRESTACIONES MÉDICAS

- Normas, débitos y liquidaciones: [prestaciones@cober.com](mailto:prestaciones@cober.com)
- Coordinación de Prestaciones, normas, débitos y liquidaciones: [contacto.prestadores@cober.com.ar](mailto:contacto.prestadores@cober.com.ar)

### PAGO PRESTADORES

Para información referente a cuentas corrientes, pagos, y temas administrativos al siguiente mail: [pagos.prestadores@cober.com.ar](mailto:pagos.prestadores@cober.com.ar).

Para una atención personalizada, contamos con una línea exclusiva de atención administrativa para prestadores: 4556-4900 int 4920/4915 (Lunes y Jueves 10 a 16 hs). La Línea telefónica de atención especializada a prestadores, se encuentra disponible en el horario de 09:00 hs a 15:00 hs.

# NORMAS OPERATIVAS PARA LA SALUD MENTAL



La siguiente norma es aplicable para:



cmsalud

## DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- Factura Electrónica según normas vigentes de AFIP
- Documentación respaldatoria: El profesional deberá presentar la planilla de liquidación mensual con el detalle de los afiliados atendidos, adjuntando las planilla de prestación mensual de cada afiliado, autorizada oportunamente.
- Las planillas de prestaciones mensuales deben facturarse dentro de los 30 días siguientes a su realización, de lo contrario no se reconocerán.
- El incumplimiento de estos requisitos será causal de débitos.
- 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.
- De requerir la realización de una auditoría compartida médico/administrativa, se hará en el domicilio que la empresa designe.

## NORMAS ESPECIALES DE PRESENTACIÓN PARA PROFESIONALES

### SESIONES DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

#### Documentación a presentar

- **PLANILLA LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES MENSUALES:** El modelo será provisto por la empresa 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.
- **PLANILLA DE PRESTACIÓN DE CADA AFILIADO JUNTO CON LA ORDEN AUTORIZADA (ONLINE):** El modelo será provisto por la empresa al prestador. Deberá completarse en todos sus ítems. Se presentará en original. Será confeccionada según el orden cronológico de atención. Deberá constar las firmas del afiliado; la firma y sello del profesional.
- **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.
- **SESIONES GRUPALES EN PAREJA O DE FAMILIA:** En caso de que todos los concurrentes fueran afiliados a la empresa, cada afiliados 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 la empresa, los honorarios del profesional correrán por cuenta de quien asiste. No obstante, en la solicitud presentada por el otro integrante si perteneciente a la empresa, deberá especificarse el tipo de sesión.

**COSEGUROS / COPAGOS:** Deberán consignarse los coseguros 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 la empresa.