



BUENOS AIRES

RESOLUCIÓN 420/2004 INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL (I.O.M.A.)

Normativa para la cobertura de prácticas referidas a atención médico psiquiátrica, psicológica, y psicopedagógica en pacientes ambulatorios.
Del: 24/03/2004; Boletín Oficial 14/06/2004.

Visto el expediente N° 2914-2422/00 iniciado por D.G.P., Departamento Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria, Salud Mental, caratulado: "e/Proyecto de modificación al sistema de cobertura que realiza el I.O.M.A. relacionado con las prácticas de psicoterapia en tratamiento ambulatorio " y

Considerando:

Que la Resolución N° 1241/00 (fs 59/66) aprobó las modificaciones al régimen de cobertura del IOMA en las prácticas referidas a atención Médico Psiquiátrica en pacientes ambulatorios;

Que a fs. 129/130, el Departamento de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria produce informe requerido a la necesidad de adecuar la reglamentación, derogando la Resolución N° 1241/00, considerando que la atención a cargo de profesionales psicólogos no contiene una normativa específica, y que el Directorio reconoce su procedencia por homologación al citado acto administrativo;

Que con tal finalidad elabora a fs. 131/147 la normativa referida a Atención Médica Psiquiátrica, Atención Psicológica, y Atención Psicopedagógica, con las Planillas (*) correspondientes;

Que no obstante lo expuesto, en la actualidad el Directorio debe resolver una gran cantidad de trámites por este tipo de prácticas que semanalmente se ponen a su consideración, lo cual supone un cúmulo de tareas que atenta contra la rápida respuesta que se debe otorgar a cada afiliado peticionante, cuando la cobertura se encuentra reglamentada por el propio Cuerpo Colegiado;

Que a los fines de otorgar celeridad en la cobertura se considera necesario delegar la autorización de aquellos trámites que cumplan con la reglamentación dictada por la presente en el Director de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria, derogándose en consecuencia lo dispuesto en la Resolución N° 1241/00;

Que la delegación en la autorización de prácticas no alcanza a aquellos trámites en los cuales el afiliado solicite la reconsideración de lo autorizado, toda vez que la misma debe ser resuelta indefectiblemente por el Directorio conforme el artículo 7° inciso J) de la Ley 6892/87;

Que el Directorio dictó la Resolución N° 0201/04 que recepta las modificaciones propiciadas;

Que el Departamento de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria efectúa una serie de observaciones al referido acto administrativo, propiciando una serie de modificaciones al mismo, de las que da cuenta en informe de fs. 159/160;

Que el Honorable Directorio en su reunión de fecha 24/3/04, según consta en Acta N° 13 ha resuelto proceder al dictado de la presente.

Por ello, el Directorio del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires, resuelve:

Artículo 1º.- Derogar las Resoluciones N° 1241/00 y 0201/04 y el punto 8.4 del Anexo I de la Resolución N° 1289/88, ello en virtud de los considerandos expuestos.

Art. 2º.- Aprobar la Normativa para la cobertura de Prácticas referidas a Atención Médico Psiquiátrica, Psicológica y Psicopedagógica en pacientes ambulatorios, conforme los Anexos I y II que forman parte integrante de la presente.

Art. 3º.- Aprobar el circuito de autorización y reintegro que, como Anexo III forma parte integrante de la presente.

Art. 4º.- Delegar en el Director Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria la autorización de los trámites de atención Médico Psiquiátrica, Psicología y Psicopedagógica en pacientes ambulatorios que cumplan con la normativa establecida en la presente.

Art. 5º.- El Director de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria deberá informar bimestralmente al Directorio del IOMA el detalle de los trámites autorizados por aplicación del presente acto administrativo.

Art. 6º.- Comuníquese, etc.

Martínez Estrada.

ANEXO I

A) Atención Médica Psiquiátrica:

Pacientes ambulatorios:

Serán cubiertas las prácticas médicas, síndromes y terapias del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales que se enumeran a continuación, con las limitaciones que se indican para cada una de ellas, efectuadas y facturadas en formularios reconocidos por profesionales adheridos o autorizados.

Código 33.01.01. Psicoterapia individual.

Se reconocerán hasta 48 sesiones anuales, no pudiendo facturar más de una sesión semanal, pudiendo el profesional solicitar su ampliación con la Historia clínica que justifique el pedido. Dichas sesiones tendrán una duración de 40 minutos como mínimo.

Las mismas serán realizadas por médicos especialistas en psiquiatría o de orientación psiquiátrica.

Será requisito para su admisibilidad presentar junta a la facturación las Planillas de Psicoterapia individual, que forman parte integrante del Anexo II, las que serán entregadas a los afiliados al momento de autorizar la orden. Dichas planillas serán requeridas al inicio de cada tratamiento, debiendo luego el prestador presentar en forma mensual la Planilla de Evolución junto a la facturación.

Transcurrido un año de finalizado el tratamiento, se puede volver a solicitar la cobertura por igual período con la presentación de la Historia Clínica que lo avale, las que serán evaluadas en la Sede Central de este IOMA.

Se aceptará de una misma familia tratamiento individual hasta dos de sus integrantes por el mismo profesional.

Código 33.01.02. Psicoterapia Grupal

Rigen las mismas pautas que las establecidas para la psicoterapia individual. Siendo requisito para su admisibilidad presentar junto a la facturación la Planilla de Psicoterapia Individual.

No se puede facturar psicoterapia individual y grupal del mismo paciente.

Código 33.01.03. Psicoterapia familiar o de pareja.

Se reconocerán hasta veinticuatro (24) sesiones anuales. La duración de las sesiones será de cincuenta (50) minutos como mínimo; con una frecuencia de hasta una (1) por semana. Se podrá facturar tratamiento de psicoterapia individual de un miembro simultáneamente con terapia familiar, con el mismo profesional.

Deberá presentar Historia Clínica de Terapia Familiar, la que forma parte integrante del Anexo II.

En la facturación deberán constar las firmas de cada participante a las sesiones, debiéndose constar en la facturación la fecha y hora de la realización de la sesión.

Será requisito para su admisibilidad presentar junto a la facturación las Planillas de

Psicoterapia Familiar, las que serán entregadas al afiliado al momento de autorizar la orden. Dicha Planilla será requerida al inicio del tratamiento, debiendo luego el prestador presentar en forma mensual la Planilla de Evolución, junto a la facturación.

Los Códigos 33.01.04, 33.01.05, 33.01.06, 33.01.07, y 33.01.08 quedan sin efecto.

Código 33.01.11 Pruebas psicométricas.

A) Batería mínima de cuatro test a administrar en un tiempo de entrevista no menor a cincuenta minutos. Se reconocerá la toma de solo un test por entrevista. La administración del test queda incluida dentro de las 4 entrevistas autorizadas a facturar por mes a este IOMA.

B) Para la aplicación en niños, considerándose niños hasta los 14 años inclusive, o en pacientes, de otra franja etárea, con clínica compatible con retardo mental y/u organicidad. Se excluye de este último ítem a las demencias seniles.

C) Se reconocerán en tanto se administren al inicio del tratamiento como instrumento para la corroboración diagnóstica, así como por única vez en aquellos casos que por interurrencia orgánica se estime indicado reevaluar funciones psíquicas.

D) La administración del test deberá estar debidamente justificada en razón de la presentación clínica del paciente y de diagnóstico presuntivo. A los fines de la facturación deberá agregarse a lo anterior criterio de elección del test administrado y resultado del mismo.

E) En caso de que el profesional estime necesaria la variación de alguno de los criterios enunciados precedentemente, deberá presentar documentación y bibliografía respaldatoria las cuales serán evaluadas en la Sede Central.

Código 33.01.12 Pruebas proyectivas.

A) Batería de un mínimo de cuatro test a administrar en un tiempo de entrevista no menor a cincuenta minutos. Se reconocerán un máximo de dos test por entrevista. En el caso de tratarse del test de Roscharch éste deberá administrarse como único test a tomar en una sola entrevista. La administración del test queda incluida dentro de las cuatro sesiones autorizadas a facturar por mes a este IOMA.

B) Se reconocerán en tanto se administren al inicio del tratamiento para la corroboración diagnóstica.

C) La administración del test deberá estar debidamente justificada en razón de la presentación clínica del paciente y el diagnóstico presuntivo. A los fines de la facturación debe agregarse a lo anterior, criterio de elección de los tests administrados y resultado de los mismos.

D) En caso de que el profesional estime necesaria la variación de los criterios enunciados precedentemente, deberá presentar documentación y bibliografía respaldatoria, las cuales serán evaluadas en la Sede Central.

B) Atención Psicológica:

Mediante el presente anexo se proponen marcar los lineamientos y normativas a las que deberán ajustarse las prestaciones de Salud Mental realizadas por profesionales psicólogos en la modalidad ambulatoria con el propósito de facilitar la recepción, el análisis y evaluación de la documentación presentada por el afiliado para el reconocimiento de la cobertura de la citada prestación.

Las solicitudes de cobertura de las prestaciones deberán exhibir la documentación conforme a los requerimientos que a continuación se detallan:

Requisitos y documentación necesaria para la solicitud de la cobertura en prestaciones asistenciales correspondientes a tratamientos de Psicoterapia Individual, Familiar o de Pareja, Grupal, Administración de Pruebas Psicométricas y Proyectivas, realizados por profesional psicólogo.

A los fines de poder implementar procedimientos administrativos y técnicos que agilicen el tratamiento de los trámites, se menciona a continuación la documentación que deberán acompañar los beneficiarios al momento de solicitar el reconocimiento de la cobertura por la prestación recibida (reintegro) o ante el requerimiento de cobertura por autorización.

Nota dirigida al Sr. Presidente del IOMA solicitando la cobertura y donde se consigne:

- Nombres y apellido del afiliado.

- Domicilio.
- Teléfono.
- Fotocopia del Documento (1ra. y 2da. Hoja).
- Fotocopia del carnet afiliatorio.
- Fotocopia del último recibo de haberes (beneficiarios obligatorios) o de credencial actualizada (beneficiarios voluntarios).
- Verificación afiliatoria.
- En caso de que el solicitante sea afiliado a cargo deberá adjuntarse fotocopia de su DNI (1ra. y 2da. Hoja) y fotocopia de su carnet afiliatorio.

A su vez, se deberán cumplimentar los requisitos para la evaluación de auditoría especializada que a continuación se detallan:

- Orden de derivación Médica con fecha anterior a la del inicio del tratamiento.
- Planilla de Historia Clínica.
- En caso de que la modalidad de cobertura sea vía reintegro se requerirá la presentación, dentro de los 90 (noventa) días de realizada la práctica, del recibo de pago original expedido por el profesional psicólogo, donde se consignen número de entrevistas realizadas, fecha de realización de las mismas además del monto. En caso de que la misma sea vía autorización se requerirá presupuesto. En ambos casos se deberá acompañar de la firma, aclaración y número de matrícula.

Psicoterapia individual

Se reconocerán hasta 48 (cuarenta y ocho) sesiones anuales, con una frecuencia de hasta 4 (cuatro) sesiones mensuales, quedando sujeta a consideración de esta Auditoría la solicitud de ampliación tanto del tiempo de cobertura como de la cantidad de sesiones indicadas para el tratamiento. En ambos casos el afiliado deberá adjuntar una nueva Historia Clínica realizada por el profesional interviniente que justifique dicha ampliación, reservándose esta Auditoría la decisión de considerarla, ello conforme a criterios técnico-profesionales del Área de Salud Mental.

Los valores de la cobertura brindada se homologarán a los establecidos por el Nomenclador Nacional.

Psicoterapia grupal

Rigen las mismas pautas que las establecidas para la psicoterapia individual. Siendo requisito para su admisibilidad presentar la planilla de psicoterapia individual.

No se puede solicitar la cobertura de psicoterapia individual y grupal del mismo paciente.

Los valores de la cobertura brindada se homologarán a los establecidos por el Nomenclador Nacional.

Psicoterapia familiar o de pareja

Se reconocerán hasta 24 sesiones anuales. La duración de las mismas será de 50 minutos como mínimo; con una frecuencia de hasta una por semana. Se podrá solicitar la cobertura de tratamiento de psicoterapia individual de un miembro simultáneamente con terapia familiar, con el mismo profesional.

Deberá presentar Historia Clínica de psicoterapia familiar, la que forma parte integrante del anexo II.

Los valores de la cobertura brindada se homologarán a los establecidos por el Nomenclador Nacional.

Pruebas psicométricas

A) Batería de un mínimo de cuatro tests a administrar en un tiempo de entrevista no menor a cincuenta minutos. Se reconocerá sólo un test por entrevista. La administración del test queda incluida dentro de las 4 entrevistas autorizadas a facturar por mes a este IOMA.

B) Para la aplicación en niños -considerándose niños hasta los 14 años inclusive- o en pacientes de otra franja etárea, con clínica compatible con retardo mental y/u organicidad. Se excluyen de este último ítem a las demencias seniles.

C) Se reconocerán en tanto se administren al inicio del tratamiento como instrumento para la corroboración diagnóstica, así como por única vez en aquellos casos que por interconurrencia orgánica se estime indicado reevaluar funciones psíquicas.

D) El profesional deberá consignar los resultados obtenidos de las pruebas administradas.

E) La administración del test deberá estar debidamente justificada en razón de la presentación clínica del paciente y diagnóstico presuntivo.

F) En caso de que el profesional estime necesaria la variación de alguno de los criterios enunciados precedentemente, deberá presentar documentación y bibliografía respaldatoria que serán evaluadas por esta Auditoría.

G) Los valores de la cobertura brindada se homologarán a los establecidos por el Nomenclador Nacional.

Pruebas proyectivas

A) Batería de un mínimo de cuatro técnicas a administrar en un tiempo de entrevista no menor a cincuenta minutos.

Se reconocerán un máximo de hasta 2 (dos) técnicas por entrevista. La administración de técnicas queda incluida en las 4 (cuatro) sesiones mensuales previstas para el tratamiento psicoterapéutico.

B) Se reconocerán en tanto se administren al inicio del tratamiento para la corroboración diagnóstica.

C) El profesional deberá consignar los resultados obtenidos de las pruebas administradas.

D) La administración de las técnicas deberá estar debidamente justificada en razón de la presentación clínica del paciente y diagnóstico presuntivo.

E) En caso de que el profesional estime necesaria la variación de alguno de los criterios enunciados precedentemente, deberá presentar documentación y bibliografía respaldatoria que serán evaluadas por esta Auditoría.

F) Los valores de la cobertura brindada se homologarán a los establecidos por el Nomenclador Nacional.

C) Atención Psicopedagógica:

Se incluye el presente anexo con el objeto de establecer lineamientos generales tanto para la recepción como para la auditoría de las solicitudes de coberturas -autorización o reintegro vía trámite de excepción- por tratamientos psicopedagógicos.

Para iniciar el primer trámite los beneficiarios deberán presentar la documentación que a continuación se detalla:

- Nota dirigida al Sr. Presidente del IOMA solicitando la cobertura y donde se consigne:

- Nombres y apellido del afiliado

- Domicilio

- Teléfono

- Fotocopia del Documento (1ra. y 2da. Hoja)

- Fotocopia del carnet afiliatorio

- Fotocopia del último recibo de haberes (beneficiarios obligatorios) o de credencial actualizada (beneficiarios voluntarios).

- Verificación afiliatoria.

- En caso de que el solicitante sea afiliado a cargo deberá adjuntarse fotocopia de su DNI (1ra. y 2da. Hoja) y fotocopia de su carnet afiliatorio.

A su vez, para la evaluación de auditoría se deberán cumplimentar los requisitos que a continuación se detallan:

- Orden de derivación médica y/o escolar con fecha previa al inicio del tratamiento, con firma y sello del profesional. Las derivaciones escolares deberán acompañarse de informe emitido por la institución.

- Informe psicopedagógico consignando: Motivo de consulta, información acerca de la realización de tratamientos previos y/o actuales: Psicológicos, fonoaudiológicos, médicos, etc. si los hubiera, fecha de inicio del tratamiento y descripción de los trastornos de aprendizaje; características familiares y problemática si la hubiere; batería psicodiagnóstica y resultados de la misma (de administrarse); Evaluación del Nivel del Desarrollo y del Proceso de Aprendizaje; Diagnóstico de los Trastornos del Aprendizaje especificando las áreas de aprendizaje que se encuentren comprometidas; plan de actividades a realizar junto al pronóstico y duración estimativa del tratamiento; firma, aclaración y N° de Registro Provincial y/o Nacional del profesional interviniente.

En caso de que la modalidad de cobertura sea vía reintegro se requerirá la presentación,

dentro de los 90 (noventa) días de realizada la práctica, del recibo de pago original expedido por el profesional tratante donde se consigne número de entrevistas realizadas y fecha de realización de las mismas, además del monto. En caso de que la misma sea vía autorización se requerirá presupuesto detallando la frecuencia de las entrevistas a realizar. En ambos casos la documentación se deberá acompañar de fecha, firma, aclaración y número de Registro Provincial y/o Nacional del profesional interviniente.

Para trámites sucesivos será necesario consignar en el Informe psicopedagógico una evolución de los problemas del aprendizaje y del plan de tratamiento junto con una evaluación de las actividades realizadas. A su vez, será necesario adjuntar toda la documentación afiliatoria que fuera solicitada para iniciar el primer trámite. No se requerirá derivación alguna.

ANEXO II

- Planilla de Psicoterapia Individual (Psicología).
- Planilla de Psicoterapia Individual (Psiquiatría).
- Planilla de Psicoterapia Familiar y de Pareja (Psicología y Psiquiatría).
- Planilla de Evolución de Historia Clínica para Psicoterapia Individual y Psicoterapia Familiar o de Pareja (Psicología y Psiquiatría).
- Planilla de Tratamiento Psicopedagógico.

PLANILLA DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (PSICOLOGIA)

La presente planilla deberá ser confeccionada en la primera solicitud de cobertura de tratamiento. Posteriormente en caso de solicitar la continuidad de cobertura el profesional deberá remitir la planilla de evolución de psicoterapia.
Consignar con letra clara todos los datos requeridos. La falta de cualquiera de los mismos será considerado como incompleto, pudiendo ser motivo de rechazo.

- Apellido y nombres:.....Sexo: M F.....
- Edad..... Número de Afiliado:.....
- Localidad..... Teléfono.....
- Fecha de inicio de tratamiento:...../...../.....
- Motivo de consulta:
.....
.....

- Desencadenante de la consulta:
 - Conflicto familiar
 - Conflicto personal
 - Conflicto laboral
 - Duelo
 - Padecimiento orgánico
- Descripción del cuadro clínico (enmarcado en los criterios específicos que permiten arribar al diagnóstico consignado según DSM-IV y aludiendo a la particularidad del paciente):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Diagnóstico según DSM-IV (consignando código y aclarando si es provisional o definitivo):
.....

- Estrategia terapéutica:
 - Psicoterapia Familiar o de Pareja
 - Psicoterapia Individual
 - Psicoterapia Grupal
 - Tratamiento Psicofarmacológico.
 - Entrevistas de Orientación a Padres.
- Frecuencia de tratamiento:
 - Una vez por semana
 - Dos veces por semana
- Completar en caso que el paciente se encuentre bajo tratamiento psicofarmacológico.
Profesional a cargo del.....MP.....MN.....
mismo.....
Fármacos indicados y
dosis/día.....

.....
.....
.....
 Puntuación según Escala de Evaluación de la Actividad Global (DSM IV):

Pronóstico y duración estimativa del tratamiento:
.....
.....
.....

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

Firma y sello del profesional

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

PLANILLA DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (PSIQUIATRÍA)

La presente planilla deberá ser llenada en la primera solicitud de cobertura de tratamiento. Posteriormente en caso de solicitar la continuidad de cobertura el profesional deberá remitir la planilla de evolución de psicoterapia, con una frecuencia de una vez al mes, junto con la facturación de honorarios. Consignar con letra clara todos los datos requeridos. La falta de cualquiera de los mismos será motivo de débito de la prestación.

- Apellido y nombres:..... Sexo: M F
 Edad..... Número de Afiliado:.....
 Localidad..... Teléfono.....
 Fecha de inicio de tratamiento:..... J..... J.....
 Motivo de consulta:

- Desencadenante de la consulta:

- Conflicto familiar
 Conflicto personal
 Conflicto laboral
 Duelo
 Padecimiento orgánico

- Descripción del cuadro clínico (enmarcado en los criterios específicos que permiten arribar al diagnóstico consignado):

- Diagnóstico según DSM IV (consignando código y aclarando si es provisional o definitivo).

- Estrategia terapéutica:

- Psicoterapia individual
 Psicoterapia familiar o de pareja
 Psicoterapia Grupal
 Tratamiento psicofarmacológico.
 Psicoterapia y Tratamiento psicofarmacológico.
 Entrevistas de orientación a padres.

- Frecuencia de tratamiento:

- Una vez por semana
 Dos veces por semana

- Completar en caso que el paciente se encuentre bajo tratamiento psicofarmacológico.

Profesional a cargo del mismo.....MP...../MN.....
Fármacos indicados y dosis/día.....

- Puntuación según Escala de Evaluación de la Actividad Global (DSM IV):

.....
 Pronóstico y duración estimativa del tratamiento:

.....
 Observaciones:

Firma y sello del profesional
Fecha:.....

PLANILLA DE PSICOTERAPIA FAMILIAR O DE PAREJA (PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA)

Apellidos y Nombres del afiliado directo:

.....

Número de afiliado:

Apellidos, Nombres y Edad de los afiliados que concurren a la consulta psicoterapéutica:

.....

.....

.....

Localidad:

Teléfono:

Fecha de inicio de tratamiento:/...../.....

Nombre del miembro de la familia o pareja que motivó la consulta:

.....

Diagnóstico según DSM IV (consignando código y aclarando si es provisional o definitivo):

.....

Motivo de la indicación de tratamiento familiar:

.....

.....

Descripción del Cuadro Clínico (enmarcado en los criterios específicos que permiten arribar al diagnóstico consignado según DSM IV y aludiendo a la particularidad del caso):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objetivos a alcanzar:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pronóstico y duración estimativa del tratamiento:

-
.....
- Frecuencia de las sesiones:.....
 - Consignar si quien motivó la consulta realiza otros tratamientos:
 - Psicoterapia individual.
 - Tratamiento psicofarmacológico.
 - Completar en caso de que el paciente se encuentre bajo tratamiento psicofarmacológico:
Profesional a cargo del mismo:.....MP...../MN.....
Fármacos indicados y dosis diarias:
-
.....
.....
.....

Firma y sello del profesional:

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

Evolución de acuerdo a los objetivos a alcanzar.

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello del profesional:

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

Planilla Tratamiento Psicopedagógico:

La presente planilla deberá ser confeccionada en la primera solicitud de cobertura de tratamiento. Posteriormente en caso de solicitar la continuidad del mismo, el profesional deberá remitir un informe con detalle descriptivo de la evolución de los trastornos que motivaron la consulta.

Consignar con letra clara todos los datos requeridos. La falta de cualquiera de los mismos será considerado como incompleto, pudiendo ser motivo de rechazo.

- Apellido y Nombres:.....
- Edad:..... N° de Afiliado:.....
- Localidad:..... Teléfono:.....
- Fecha de Inicio de Tratamiento:.....
- Motivo de Consulta:
.....
.....
.....
- Características familiares y problemática (si la hubiere):
.....
.....
.....
- Otros tratamientos (pasados o actuales)
.....
.....
.....
- Descripción de los trastornos de aprendizaje (especificando las áreas de aprendizaje que se encuentran comprometidas):
.....
.....
.....
- Diagnóstico de los trastornos del aprendizaje:
.....
.....

- **Evaluación del Nivel de Desarrollo y del Proceso de Aprendizaje:**

.....

.....

- **Batería Psicodiagnóstica y Resultados de la misma (en caso de administrarse):**

.....

.....

.....

.....

- **Plan de Actividades, Pronóstico y Duración estimativa del tratamiento:**

.....

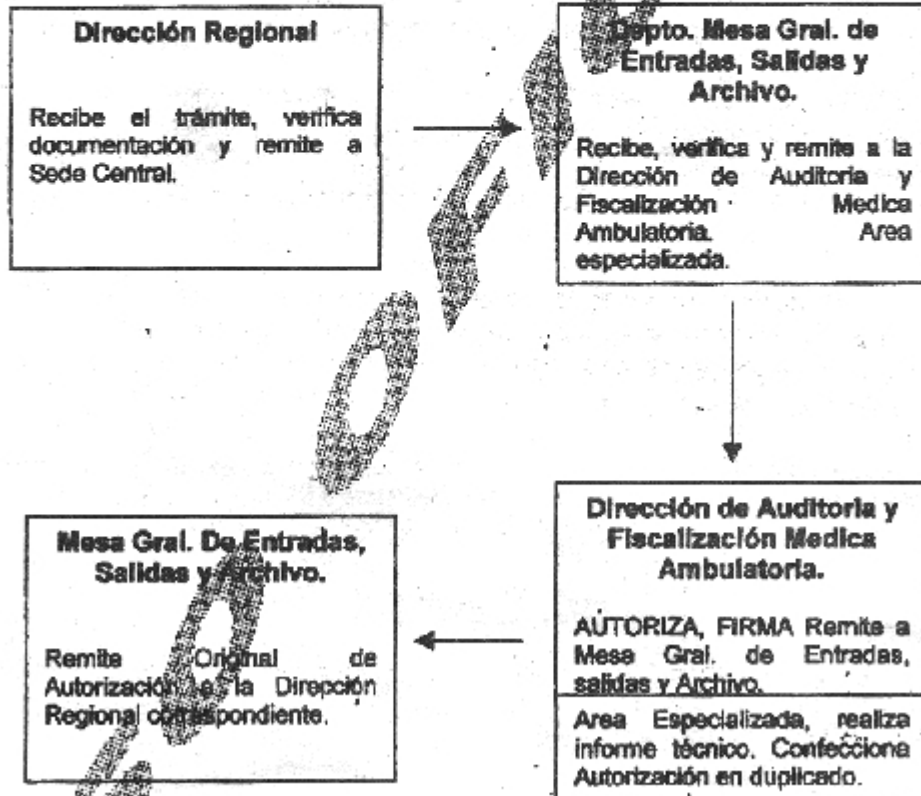
.....

.....

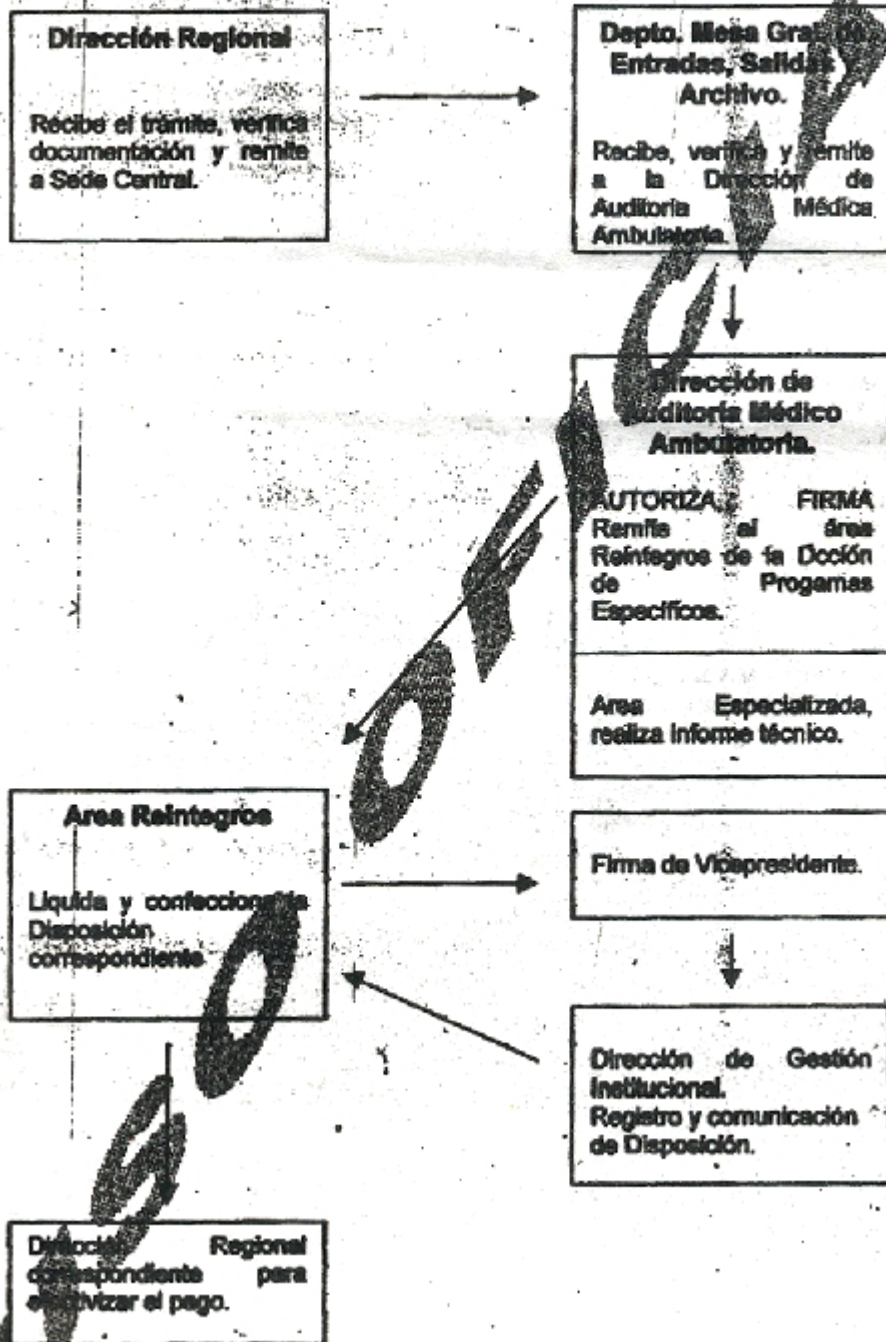
.....

Circuito de Autorización y Reintegro para Prácticas Ambulatorias

AUTORIZACION:



REINTEGROS:



C.C. 3065