

Instructivo para Prestaciones de apoyo - Terapias

Se denomina prestación de apoyo a aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad.

El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales **tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.**

Se podrán realizar hasta 3 (tres) terapias como complemento o refuerzo a una prestación principal, con un máximo de 6 horas de prestaciones de apoyo semanales. En los casos que se requiera mayor número de terapias, se realizara una evaluación interdisciplinaria para el otorgamiento de las mismas

La prestación de apoyo no será reconocida cuando se indique su realización en la institución donde el beneficiario efectúa la prestación principal en Jornada Doble, salvo excepción debidamente justificada. Esta prestación se recomienda realizar en los **centros de rehabilitación que trabajan interdisciplinariamente** categorizados para estos fines en la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación. <https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio del tratamiento)

1. Prescripción médica

RP/
Nombre y Apellido:
DNI

Solicito: PRESTACIÓN DE APOYO – TERAPIA, CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES

PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2020
Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación.
En este caso sería antes del 31 dic 2019

Fecha: 30/12/2019

2. Resumen de Historia Clínica: antecedentes y evolución
3. Constancia de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002)
4. Informe evolutivo del año 2019 - (en caso de que haya realizado prestaciones. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2019)
5. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.
 - Objetivos a corto y mediano plazo
 - Modalidad de abordaje
 - Presupuesto: días horarios – valor sesión
6. Copia de título habilitante

7. Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud/ matricula correspondiente al ejercicio profesional
8. Habilitación Sanitaria del consultorio expedida por autoridad competente o colegio de profesionales
9. Seguro de mala praxis / responsabilidad civil
10. Constancia de opción / inscripción en la Afip
11. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU(**socios privados/particulares exentos de esta presentación**)
12. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-002-005 y 004** (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal)

Fecha: _____

Actualización de datos

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra ial:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Colegio:
CUE N°: _____
Nombre y Apellido del alumno
DNI:

Se hace constar que el alumno _____ con DNI _____ es alumno regular de _____ grado/año turno _____. Se encuentra matriculado para el año 2020 en el grado/año _____ del turno _____ en el horario de _____.

Se extiende esta constancia en _____ a los _____ días del mes _____ del año _____.

Firma autoridad del colegio: _____

Sello del colegio: _____

PRESTACIÓN DE APOYO / TERAPIA

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

TERAPIA / PRESTACIÓN: _____

Cantidad de sesiones semanales: _____

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____ E-MAIL: _____

N° DE RNP: _____ N° DE MATRÍCULA: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS**DÍAS Y HORARIOS:**

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2020

VALOR DE LA SESIÓN: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del profesional
_____ con matrícula N° _____ y RNP _____ a efectuarse
en el domicilio _____ en la localidad _____

de _____ durante el período de _____ hasta _____

2020.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del profesional: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

En caso de que el socio sea de Galeno privado esta información es del socio titular donde se reintegrara la prestación

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ___/___/___

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

❖ **Caja de Ahorro N°:** _____

❖ **CBU:** _____

❖ **Banco Emisor:** _____

❖ **E-mail:** _____

❖ **Confirmar E-mail:** _____

ESTOS DATOS SOLO TIENEN VALIDEZ CON LA PRESENTACION DEL EXTRATO BANCARIO QUE LOS CERTIFIQUE

Firma y sello de Profesional

Aclaración

DNI