

## Instructivo para HOSPITAL DE DIA

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

A través de las actividades que se desarrollen se procurará alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- a) Lograr la máxima independencia personal.
- b) Adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social.
- c) Integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia.
- d) Evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional.
- e) Desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.
- f) Apoyar y orientar a la familia.
- g) Implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación. <https://apps.snr.gov.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 de tratamiento)

### 1. Prescripción médica

**RP/  
Nombre y Apellido:  
DNI**

**Solicito: HOSPITAL DE DIA, TIPO DE JORNADA**

**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. Certificado de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002)
3. Informe evolutivo del año 2019 - (en caso de que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2019)
4. 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).
5. Objetivos a corto y mediano plazo
6. Modalidad de abordaje
7. Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
8. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

9. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
10. Habilitación
11. Seguro de la institución
12. Constancia de opción / inscripción en la Afip
13. 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**)
14. ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-004 Y 006 (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 social:**

**Particular directo:**

### Datos del afiliado titular

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_

**Firma del socio o responsable:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_



**PRESTACIONES INSTITUCIONALES//EDUCATIVAS**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ N° DE DNI: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

TIPO DE JORNADA: SIMPLE  DOBLE **Categoría:** A  B  C  **Prestación con dependencia:** SI NO  **CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS****DÍAS Y HORARIOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PERÍODO DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_ 2020

VALOR DE LA SESIÓN: \_\_\_\_\_ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

**CONSENTIMIENTO**

Presto conformidad para la prestación de \_\_\_\_\_ a cargo del prestador

\_\_\_\_\_ con CUIT N° \_\_\_\_\_ a efectuarse en el

domicilio \_\_\_\_\_ en la localidad de \_\_\_\_\_ durante

el período de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ 2020.

Firma del Titular: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Directivo Responsable de la Institución: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PLANILLA N° 004**

*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**