

## Instructivo para Rehabilitación Módulo Integral Intensivo

Comprende la atención **5 (cinco) sesiones semanales o más** en no más de **3 (tres) días a la semana**. Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales.

La atención ambulatoria de prestaciones de rehabilitación de pacientes deberá estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda, el cual debe coordinar al resto de los profesionales intervinientes.

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 de la prestación)**

### 1. Prescripción médica

RP/  
Nombre y Apellido:  
DNI

Solicito: **MODULO INTEGRAL INTENSIVO**

**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. Constancia 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. Habilidad
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 numero de CBU (**socios privados/particulares exentos de esta presentación**)
14. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-002-008 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 jal:**

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

**MÓDULO INTEGRAL SIMPLE /INTENSIVO**

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

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

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: \_\_\_\_\_

Datos de la prestación

Modalidad prestacional a brindar

MÓDULO INTEGRAL SIMPLE  MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO

Aclarar cantidad de prestaciones y sesiones semanales de cada una:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS

DÍAS Y HORARIOS (aclarar horario de comienzo y fin de cada prestación):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

**CONSENTIMIENTO**

Presto conformidad para la prestación de \_\_\_\_\_ a cargo de la  
 institución \_\_\_\_\_ 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:** \_\_\_\_\_

**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**