

Instructivo para Rehabilitación Módulo Integral Simple

Cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes), 5 sesiones por semana como máximo.

Los tratamientos de rehabilitación podrán ser brindados por las siguientes especialidades:

- Kinesiología
- Psicología
- Psicopedagogía
- Fonoaudiología
- Terapista Ocupacional
- Musicoterapia
- Psicomotricidad

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>

Cuando no se cuente con prestadores habilitados por el SNR (es decir del link detallado arriba) para brindar esta modalidad, se tomarán las prestaciones brindadas por profesionales individuales en conjunto amparadas bajo un Módulo Integral Simple (20 sesiones mensuales) o un Módulo Integral Intensivo (34 sesiones mensuales).

Se considera que cada sesión implica una carga horaria mínima de 45 a 60 minutos, no se aceptará que consideren 2 sesiones consecutivas de la misma terapia por día para cumplir con ese tiempo.

Es importante tener en cuenta que no se autorizarán tratamientos de rehabilitación de carácter ambulatorio con una cantidad de sesiones de forma ilimitada debido a que las normativas de la SSS modulan estos tratamientos.

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 médica (En caso de que la prestación sea brindada por sesiones individuales y no por un centro se deberán aclarar en la orden las mismas, más la cantidad de sesiones por cada una y se deberá presentar la documentación de cada profesional según se solicita en instructivo de "prestación de apoyo"

-EJEMPLO DE ORDEN MÉDICA:

**RP/
Nombre y Apellido:
DNI**

Solicito: MODULO INTEGRAL SIMPLE

**(DETALLAR TERAPIAS Y CANTIDAD DE
SESIONES)**

PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMBRE

2023

**FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación.
En este caso sería antes del 31 ENERO 2023**

Fecha: 31/01/2023

1. Resumen de historia clínica **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 012)
2. Constancia de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (UNO semestralmente. Adjuntar planilla N° 002)
3. Informe evolutivo del año 2022 - (en caso de que haya realizado prestaciones. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2022)
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.
 - o Objetivos a corto y mediano plazo
 - o Modalidad de abordaje
 - o Presupuesto: días horarios – valor sesión
5. Copia de título habilitante
6. Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud/ matricula correspondiente al ejercicio profesional
7. Habilitación Sanitaria del consultorio expedida por autoridad competente o colegio de profesionales
8. Seguro de mala praxis / responsabilidad civil
9. Constancia de opción / inscripción en la Afip
10. 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**)
11. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-002-004-011 y 012** (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal)

Resumen de Historia Clínica

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DE DNI: _____

DIAG. SEGÚN CUD: _____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.)

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico.)

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):

Firma del médico tratante: _____

Aclaración: _____

Fecha de emisión: _____

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 _____ 2023.

VALOR MENSUAL: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

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 _____ 2023.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Directivo/responsable de la institución: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

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: _____

Adjuntar extracto de constancia de CBU para validar esta información

Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte /
Responsable de la Institución

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 2023 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: _____

Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)

Fecha: _____

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: _____

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: _____