

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. EJEMPLO DE ORDEN MÉDICA

RP/
Nombre y Apellido:
DNI

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

PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMBRE 2023
Diagnostico:

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

Fecha: 31/01/2023

- Resumen de historia clínica **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 012)
- Constancia de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (UNO semestralmente. Adjuntar planilla N° 002)
- Informe evolutivo del año 2022 - (en caso de que haya realizado prestaciones. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2022)
- 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
- Copia de título habilitante
- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud/ matricula correspondiente al ejercicio profesional
- Habilitación Sanitaria del consultorio expedida por autoridad competente o colegio de profesionales
- Seguro de mala praxis / responsabilidad civil
- Constancia de opción / inscripción en la Afip
- 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**)
- 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: _____

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** _____ **2023.**

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 _____ 2023.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del profesional: _____

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: _____