

## TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

Psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, estimulación temprana, etc.

- El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR/A y NO OBLIGA a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN.
- LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN NO SIGNIFICA AUTORIZACIÓN NI COBERTURA SOLICITADA.
- La documentación debe ser enviada **por el prestador** vía e-mail a [anabalado57@gmail.com](mailto:anabalado57@gmail.com) de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF, por prestación, y en un mismo e-mail para poder proceder con la auditoría.
- Podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.
- Solo se recibe documentación VIA E-MAIL. No se recibe en papel físico. Sólo digital. Toda documentación debe ser enviada sin enmiendas, tachaduras, correcciones.
- NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.

## CONDICIONES GENERALES

- La fecha de confección/emisión de los documentos debe ser anterior al inicio del periodo de tratamiento.
- Deberá existir coincidencia entre resumen de historia clínica, orden médica, plan de tratamiento y presupuesto.
- Todos los anexos deben estar completos en su totalidad. Sólo debe figurar NOMBRE, APELLIDO y DNI.
- La documentación no debe tener cambios de tinta y letra. En caso de existir, se deberá salvar la enmienda con firma y sello.
- La Obra Social NO podrá dar cobertura a profesionales o instituciones que no se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP).
- El área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).
- Se considera que cada sesión se desarrolla en un plazo de 45/50 minutos. No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.
- El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL PROFESIONAL o INSTITUCIÓN (Según corresponda)

- Presupuesto y consentimiento informado. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO). Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
- Plan de tratamiento- abordaje individual: Período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
- Informe de evaluación inicial: exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación: donde conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados). (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Registro Nacional de Prestadores (RNP) VIGENTE
- Copia del título habilitante de cada profesional y analítico.
- Habilitación.
- Constancia de inscripción de cada profesional o institución en AFIP. Constancia de IIBB (ingresos brutos). En caso de ser exento, presentar constancia.
- Póliza de seguro de Mala Praxis
- Formulario Planilla CBU (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)



**A Y B) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Completar en todos los casos.**

1-Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)

---

---

---

---

---

---

---

---

2- ¿Cuál será la frecuencia? Especificar días y horarios

---

---

3- Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI  NO  ¿Con qué frecuencia?

---

---

---

4- Se realiza abordaje familiar? SI  NO  ¿Con qué frecuencia?

---

---

---

Otras observaciones:

---

---

---

---

Firma del profesional: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESTACIONAL

(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Modalidad prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Período: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Almuerzo: Sí  No

Monto Mensual: \_\_\_\_\_

En caso de corresponder: \_\_\_\_\_

Dependencia: Sí  No

Matrícula anual: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_ Monto por Sesión: \_\_\_\_\_

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma del prestador: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello Prestador \_\_\_\_\_

Firma del familiar: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Nº de DNI: \_\_\_\_\_

