

DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL PROFESIONAL ACTUANTE

PRESTACION DE APOYO

Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Psicomotricidad, Estimulación Temprana, EGB.

- Formulario Datos del Profesional
- Formulario de Presupuesto.
- Formulario de Plan de Trabajo.
- Copia del Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.
- Copia del Título, con N° de resolución
- Constancia de CBU, de Ingresos Brutos e Inscripción en AFIP.
- Constancia de Cuit

En caso de que las Prestaciones se lleven a cabo en un Centro de Día, Centro de Rehabilitación o Centro Educativo Terapéutico, deberán adjuntar:

- Habilitación de la Institución en el AND o SNR.
 - Categorización.
 - En caso de solicitar dependencia se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.
 - Informe de evaluación inicial:** Se solicitará exclusivamente solo al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
 - Informe de seguimiento SEMESTRAL:** A los seis meses (año calendario) se deberá presentar un informe de seguimiento del tratamiento. En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
 - Informe evolutivo FINAL de la prestación:** En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Aquellos prestadores que ya brindan tratamiento deberán presentar el correspondiente al año 2022 para poder brindar el tratamiento en el 2023.
- Planilla de asistencia mensual. La misma revestirá el carácter de **DECLARACIÓN JURADA.**

- No puede contener enmiendas ni tachaduras, toda la documentación deberá estar completa con el mismo color de tinta.
- Toda la documentación deberá estar dirigida a nombre de la Obra Social.
- Se deberá contar con toda la documentación requerida para poder acceder a la cobertura de los tratamientos solicitados.

ATENCIÓN: Se gestionará la autorización con fecha de inicio del tratamiento en mes en curso en que se presente la documentación de manera completa y aprobada por Auditoría. No se autorizarán retroactividades. SIN EXCEPCIÓN.

FORMULARIO DE DATOS DEL PRESTADOR

Fecha: / /

Prestador (Nombre/Razón Social):

Modalidad: Matrícula:

CUIT: Domicilio Consultorio:

Localidad: Provincia: Código Postal:

Teléfono Fijo: Teléfono Celular:

Correo Electrónico:

CBU:

PRESUPUESTO

Fecha: / /

Domicilio de Atención:

Prestación:

Período prestacional: Desde a Año:

Cantidad de sesiones mensuales: Valor de la sesión: Valor de la Prestación Mensual:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario	Dehs. a hs.	De hs. a..... hs.	De..... hs. ahs.	Dehs. a..... hs.	De..... hs. ahs.	Dehs. a hs.	Dehs. a..... hs.

PARA

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario/a: Tipo y N° de Documento:

Edad: Sexo:

 Firma y sello con matrícula del Profesional
 o firma y sello del Representante de la Institución

PLAN DE TRABAJO

Fecha: / /

Obra Social:

Prestación:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario/a: Tipo y N° de Documento:

Edad: Sexo:

Período

Desde Hasta Año

Modalidad

.....
.....

Abordaje

.....
.....

Objetivos

.....
.....
.....
.....

Firma y sello con matrícula del Profesional
o firma y sello del Representante de la Institución

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

Completar exclusivamente al comienzo de una nueva prestación.

Fecha: / /

Obra Social:

Prestación:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario/a: Tipo y N° de Documento:

Edad: Sexo:

Instrumentos de valoración aplicados

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Resultados del proceso de valoración

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello con matrícula del Profesional
o firma y sello del Representante de la Institución

INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL

Completar exclusivamente ante la continuidad de una prestación ya autorizada.

Fecha: / /

Obra Social:

Prestación:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario/a: Tipo y N° de Documento:

Edad: Sexo:

Período de abordaje

Desde Hasta Año

Modalidad de prestación

.....
.....
.....

Objetivos Trabajados

.....
.....
.....

Avances Terapéuticos

.....
.....
.....

Firma y sello con matrícula del Profesional
o firma y sello del Representante de la Institución

Dificultades a seguir trabajando

.....
.....
.....

Objetivos para el próximo Semestre

.....
.....
.....

Observaciones/ Comentarios

.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello con matrícula del Profesional
o firma y sello del Representante de la Institución

INFORME EVOLUTIVO FINAL DE LA PRESTACIÓN

Completar exclusivamente al final de una prestación ya autorizada.

Fecha: / /

Obra Social:

Prestación:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario/a: Tipo y N° de Documento:

Edad: Sexo:

Período de abordaje

Desde Hasta Año

Modalidad de prestación

.....
.....
.....

Objetivos Trabajados

.....
.....
.....

Avances Terapéuticos

.....
.....
.....

Firma y sello con matrícula del Profesional
o firma y sello del Representante de la Institución

Dificultades a seguir trabajando

.....
.....
.....

Objetivos para el próximo Semestre

.....
.....
.....

Observaciones/ Comentarios

.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello con matrícula del Profesional
o firma y sello del Representante de la Institución