

ATENCIÓN AMBULATORIA - ESPECIALISTAS

Módulo simple = menos de 5 días
Módulo intensivo = 5 días (1 semana)
Fisioterapia - Kinesioterapia
Terapia ocupacional
Psicología
Psicopedagogía
Fonoaudiología
Psicomotricista
Musicoterapia
Maestra de apoyo

Certificado de Discapacidad vigente

Fotocopia del DNI del beneficiario

Resumen de Historia Clínica (anual):

- ✓ Original, sin enmiendas
- ✓ Confeccionado por el Médico de Cabecera/Tratante
- ✓ La fecha de confección debe coincidir con la que figura en las órdenes médicas y el consentimiento informado
- ✓ Nombre y apellido, DNI del beneficiario
- ✓ Diagnóstico (según CUD)
- ✓ Historia Clínica de discapacidad, evolución del tratamiento en el último año y estado actual del paciente. Incluir las intervenciones terapéuticas y/o educativas previas, plan terapéutico y farmacológico si lo hay

Prescripción médica:

- ✓ Por médico tratante
- ✓ Original, sin enmiendas
- ✓ Se solicitará cada prestación en hoja aparte
- ✓ Nombre y apellido del afiliado, DNI y diagnóstico según CUD
- ✓ Con firma y sello del médico tratante, tipo y número de matrícula legible
- ✓ Con fecha anterior al período solicitado
- ✓ La prescripción médica NO deberá ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones
- ✓ Para cada prestación o concepto prescripto se debe indicar especialidad y cantidad de sesiones semanales, período de la prestación
- ✓ Para prestaciones con concurrencia a Instituciones especificar modalidad (EGB, CET, Centro de día), el tipo de jornada (simple o doble) y período
- ✓ Para Apoyo a la Integración escolar:
 - Módulo Apoyo a la integración escolar (si está a cargo de una institución)
 - Módulo Maestro de Apoyo (si está a cargo de un profesional independiente)

Consentimiento Informado: por el plan de tratamiento, firmado por el beneficiario o representante y por los prestadores de cada prestación brindada.

Presupuesto debe ser presentado en original y contener:

- ☞ Razón Social, domicilio completo de atención, teléfono, e-mail, firma y sello
- ☞ Condición frente al IVA
- ☞ Numero de CUIT
- ☞ Número de Ingresos Brutos
- ☞ Nombre, apellido, DNI del beneficiario
- ☞ Modalidad de prestación
- ☞ Detalle del tipo de jornada, categoría
- ☞ Indicar el período en el cual se cubrirá la prestación
- ☞ Detalle de días de la semana de atención
- ☞ Cantidad de sesiones al mes
- ☞ Importe por sesión
- ☞ Importe mensual

Otra documentación a presentar:

- ❖ Título habilitante
- ❖ Inscripción en el RNP
- ❖ Certificado analítico de materias (para Maestro de apoyo)
- ❖ Plan/Proyecto de tratamiento con objetivos de trabajo personalizado
- ❖ CBU
- ❖ Constancia de inscripción en AFIP

Maestra de Apoyo se solicita título habilitante y certificado analítico de materias.

El profesional que brinde la modalidad de Maestro de Apoyo no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria