PRESTACIONES TERAPÉUTICAS - EDUCATIVAS

Según tratamiento indicado en la orden médica

SWISS MEDICAL

Condiciones generales para la documentación:

- La documentación deberá estar firmada de puño y letra (firma ológrafa). No se aceptarán firmas digitales o copiadas y pegadas.
- Debe enviarse en formato JPG o PDF, por medios digitales. El contenido debe ser completamente legible, sin imágenes borrosas ni pixeladas.
- La fecha de emisión de la documentación deberá ser anterior al período solicitado de la prestación.
- Deberá existir coincidencia entre la orden médica, el plan de tratamiento y el presupuesto respecto de la frecuencia y el período solicitado.
- La documentación no deberá presentar tachaduras ni diferencias de tinta o letra. En caso de realizar correcciones, estas deberán ser salvadas con firma y sello.
- Todos los anexos deberán estar completos en su totalidad. Los datos obligatorios son: nombre y apellido, DNI, edad y diagnóstico.
- En caso de realizar un cambio de prestador, se deberá presentar, junto con la documentación requerida para dicha prestación, el formulario de conformidad prestacional y la nota de cambio. Ambos formularios están incluidos en los requisitos generales. Si se modifica el esquema terapéutico, será necesaria una nueva orden médica.

Podrán ser:

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTIVO (CET)

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

CENTRO DE DÍA

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

- **Orden médica según formulario "Prescripción médica - Prestaciones terapéuticas / educativas"**
  Prescripta por el mismo médico tratante que realizó el resumen de historia clínica. Detallar fecha de emisión, diagnóstico, prestación, frecuencia, período, nombre y apellido, DNI y edad.

- **Formulario Medida de independencia Funcional (FIM)**
  En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, 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**
  Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación. Debe indicar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.

- **Informe evolutivo de la prestación**
  Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo. Se solicitará exclusivamente si la prestación se otorgó el año anterior. Debe indicar el período de abordaje, la modalidad de prestación, la descripción de las intervenciones realizadas y los resultados alcanzados.

- **Plan de abordaje individual**
  Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo. Debe indicar el período de abordaje, la modalidad de prestación, los objetivos específicos del tratamiento y las estrategias que se implementaran para el logro de los mismos.

- **Presupuesto prestacional de Prestaciones terapéuticas /educativas**
  Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo.

- **Categorización de la institución**
  Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Secretaria Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

- **Constancia de inscripción en ARCA (CUIT)**

- **Comprobante de CBU de la institución emitido por entidad bancaria**

- **Formulario de acreditación en cuenta bancaria**

Todas las prestaciones de rehabilitación deben ser realizadas por fuera del horario del dispositivo de CET o Centro de día.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES TERAPÉUTICAS / EDUCATIVAS

Fecha: _____/_____/_____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ____ _____

Diagnóstico: _____

_____

_____

Prestación: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Tipo de jornada: Simple ☐ Doble ☐ Dependencia: Si ☐ No ☐

Periodo: desde: ____ / _____ / _____ hasta: ____ / _____ / _____

_____

Firma y sello del médico tratante

PRESUPUESTO PRESTACIONAL
PRESTACIONES TERAPÉUTICAS / EDUCATIVAS

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

DNI: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ____ _____

Prestación (Según Mecanismo Integración): _____

Categoría: _____ Tipo de jornada: _____ Incluye colación y almuerzo: Si ☐ No ☐

Período solicitado: _____ / 20 _____ hasta _____ / 20 _____

Monto mensual: $ _____ Dependencia: Si ☐ No ☐

Observaciones: _____

Nombre de la Institución: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

N.° de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A.: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

_____

Firma, Aclaración y Sello del prestador

FORMULARIO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA PRESTADOR DE DISCAPACIDAD

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre o razón social del prestador: _____ CUIT del prestador: _____

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE SE ACREDITARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

Nombre del titular de la cuenta: _____

Alias (*): _____ (*Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas).

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____ Sucursal: _____

☐ Caja de Ahorro ☐ Cuenta Corriente ☐ Otras: _____

CBU: _____

CUIT Nro. _____ CUIL Nro. _____ CDI Nro. _____

(Completar la opción CUIT, CUIL, CDI que corresponda al titular de la cuenta).

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

_____	_____	_____
Fecha	Firma y sello del prestador o representante legal	Aclaración