TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

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:
Psicología, psicopedagogía, kinesiología, psicomotricidad, estimulación temprana, fonoaudiología, terapia ocupacional, musicoterapia, etc.

- **Orden médica según formulario "Prescripción médica - Prestaciones de rehabilitación"**
  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.

- **Informe de evaluación inicial**
  Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o 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 el profesional o 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 el profesional o 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**
  Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo.
  - En caso de **profesionales individuales** completar **este formulario.**
  - En caso de **instituciones** completar **este formulario.**

- **Título habilitante de cada profesional (frente y dorso con sellos habilitantes)**
  No aplica en caso de instituciones.

- **Constancia de inscripción de cada profesional o institución en el RNP**
  Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).

- **Constancia de inscripción de cada profesional o institución en ARCA (CUIT)**

- **Comprobante de CBU de cada profesional o institución emitido por entidad bancaria**

- **Formulario de acreditación en cuenta bancaria**

PRESCRIPCIÓN MÉDICA
PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Fecha: _____/ _____/ _____

Apellido y nombre: _____

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

Diagnóstico: _____

_____

_____

Prestación: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Cantidad de sesiones semanales: _____

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

_____

Firma y sello del médico tratante

PRESUPUESTO PRESTACIONAL PROFESIONAL INDIVIDUAL

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

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

Prestación (según mecanismo de integración): _____

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

Cantidad de sesiones semanales: _____ Cantidad de sesiones mensuales: _____

Valor de la sesión: $ _____ Monto mensual: $ _____

Observaciones: _____

Apellido y nombre del profesional: _____

Especialidad: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

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

PRESUPUESTO PRESTACIONAL
INTITUCIÓN DE REHABILITACIÓN

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

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

Prestación (según mecanismo integración): _____

Período solicitado: _____ / 20 _____ hasta _____ / 20 _____ Monto mensual: $ _____

En caso de solicitar **módulo de tratamiento integral simple / intensivo** especificar las prestaciones que se brindaran: _____

_____

Observaciones: _____

Nombre de la Institución: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

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

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan a cada terapia).

TERAPIAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
_____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____
_____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____
_____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____
_____	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