Prestación de Apoyo

Terapias

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
	Documentación Prestacional	
1	Indicación médica	
2	Presupuesto prestacional	
3	Conformidad prestacional	
4	Informe Inicial	
5	Informe Evolutivo	
6	Plan de Abordaje y Objetivos	
	Documentación del prestador	
7	Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP)	
8	Título	
9	Matrícula profesional	
10	Habilitación del consultorio (No excluyente)	
11	Seguro (excepciones: Psicopedagogía, Musicoterapia y Fonoaudiología sin deglución)	
12	Constancia de AFIP	
13	Constancia de CBU	

Para agilizar el trámite de autorización revise y controle la documentación antes de enviarla. Solo se recibirá documentación completa según el presente instructivo.

Recepción de documentación para auditoría, autorizaciones:
discapacidad@ospesca.org.ar

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ……/**.....** /20……

Razón Social del Prestador: .....

CUIT: .....

Domicilio dónde realiza la prestación: .....

..... Correo electrónico: ..... Teléfono: .....

Beneficiario: ..... DNI: .....

Modalidad prestacional a brindar: .....

Tipo de Jornada: ..... Categoría: .....

Periodo desde: ..... Periodo hasta: .....

Almuerzo: SI [ ] - NO [ ]

Importe Mensual: $ ..... Dependencia:

SI [ ] - NO [ ]

Matrícula anual: .....

Cantidad de sesiones mensuales: ..... Importe por sesión: $.....

Cronograma de asistencia

DIAS	**Lunes**	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y aclaración del prestador: .....

CONFORMIDAD DE PRESTACIONAL

Lugar y fecha: .....

Apellido y nombre del beneficiario: .....

DNI o Nro. de Afiliado: .....

Doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles

Prestación	Prestador	Periodo	
		Desde	Hasta

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: .....
Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....