

## LISTADO DE DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN/APOYO

- **FOR 038: PRESCRIPCIÓN MÉDICA** la misma debe de ser original en formulario, con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad solicitada, cantidad de sesiones, frecuencia de atención y el periodo por el cual se solicita cobertura.
- **FORM 008: HISTORIA CLÍNICA:** Se debe utilizar el formulario provisto para este fin y el profesional debe completar todos los campos indicados. En original con fecha anterior al inicio de la prestación.
- INFORME EVOLUTIVO DEL AÑO EN CURSO
- **FORM 044: PRESUPUESTO PROFESIONALES INDIVIDUALES:** Presupuesto de la institución/profesional en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable.
- **FORM 007** CONSENTIMIENTO TRATAMIENTOS INDIVIDUALES o
- **FORM 039** CONSENTIMIENTO REHABILITACION MIS/MII
- FORM 015 PLAN DE TRABAJO: Indicando objetivos terapéuticos.
- **FORM 011 Cronograma** de actividades

### EN CASO DE SOLICITAR MÓDULO

- **FORM 016:** REHABILITACIÓN MÓDULO SIMPLE/INTENSIVO
- **FORM 042** MÓDULO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

### EN CASO DE PRESTACIONES EN INSTITUCIONES

- **FORM 043** REHABILITACIÓN EN INSTITUCIONES
- **FORM 040** CONSENTIMIENTO INSTITUCIONES HOSPITAL DE DÍA/CENTRO DE DÍA  
Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el afiliado o su representante y por el profesional actuante y/o responsable de la institución, con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda o

• Cuando se trate de Instituciones

Se deberá presentar Constancia de Inscripción vigente con el texto completo y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación. También deberán adjuntar el dictamen de categorización ,

En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el tipo de jornada que realizará el causante (simple o doble), debiendo especificarse si se incluye almuerzo y / o colación diaria. El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.

#### **Profesionales que no son prestadores de DASMI**

- Los profesionales que realizan tratamientos individuales de rehabilitación deberán adjuntar el correspondiente título habilitante Universitario o terciario.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (Art. 29 - Ley 23.660) en el caso de profesionales. Esto incluye a los profesionales kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogas, Terapistas ocupacional, psicomotricistas, musicoterapeutas y psicólogos.
- En todos los casos deben adjuntar seguro de mala praxis vigente, póliza y pago al día.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

#### **si se solicita dependencia**

- Escala FIM . FORM 014 DEPENDENCIA y FORM 006. JUSTIFICACIÓN ADICIONAL POR DEPENDENCIA En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. **FORM 006** En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM y adjuntarse la misma. FORM 014

#### **Si requiere cambio de prestador**

**FORM 017** CAMBIO DE PRESTADOR En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestación contemplada dentro del Programa de discapacidad

ya otorgada, la documentación debe remitirse con hasta 30 días de anterioridad a la novedad.