

CENTRO DE DÍA/ CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO/ ESCOLARIDAD ESPECIAL

- En la INDICACIÓN MÉDICA deberá especificarse si corresponde a:

1. ESCOLARIDAD ESPECIAL / PRE- PRIMARIA / PRIMARIA O FORMACIÓN LABORAL

- ✓ Para cada prestación se debe indicar el periodo prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia (jornada simple- doble), de forma ológrafa.
- ✓ **Indicación del médico/a:** Para cada prestación se deberá confeccionar de manera independiente cada una de las indicaciones. En cada una se deberá indicar el periodo prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y deberá estar firmada y sellada **con tipo y número de matrícula** por el médico/a tratante de forma ológrafa y deberá contener:

1. Nombre y Apellido.
2. Nº de afiliado/a.
3. Cantidad de sesiones por semana o jornada (simple, doble, internación, etc).
4. Período prestacional, detalle del tratamiento indicado.
5. La fecha de la indicación deberá ser previa al inicio del período prestacional solicitado.
6. Toda enmienda, tachadura o agregado deberá estar salvado con firma y sello del médico/a.
7. La prescripción del tratamiento no podrá ser realizada por un médico/a de la institución en la que se efectuarán las prestaciones.

En caso de solicitar dependencia, deberá ser aclarado en la prescripción y fundamentada conforme al índice de independencia funcional FIM.

- **Dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, 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/a especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.
- **Presupuesto** de cada una de las prestaciones indicadas, con período prestacional y según valores vigentes. Debe contener mail y teléfono de contacto del prestador/a.
- **Informe de Evaluación Inicial:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- **Informe Evolutivo de la Prestación**, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmando y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.
- **Plan de Abordaje Individual**, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, firmando y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.
- **Informe de Seguimiento Semestral de la Prestación brindada**, firmando y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.
- Fotocopia de la **Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores/as de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad**, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud) con indicación de razón social, domicilio del establecimiento, prestación y categoría.
- Fotocopia de **Constancia de AFIP**.
- Nota bancaria o manuscrita donde detalle **CUIT y CBU asociado**.

En caso de *Centro Educativo Terapéutico CET* jornada doble, sólo se autorizará una prestación de apoyo al mismo (kinesiología, terapia ocupacional, etc).