

PRESTACIÓN DE APOYO

- **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 período prescripto, la especialidad, cantidad de sesiones por semana.

- 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.

- **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.

ANEXO V

- **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 firmado y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.

- **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 firmado 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.

- **Informe de Seguimiento Semestral** de la prestación brindada firmado y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.

- **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores/as de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud)** para los/as profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.

- **Constancia de AFIP.**

- **Nota bancaria** o manuscrita donde detalle **CUIT y CBU** asociado.