



## Documentación a completar por prestador/a: Tratamientos de Rehabilitación.

Psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, estimulación temprana, etc.

- El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR/A y NO OBLIGA a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN.
- LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN NO SIGNIFICA AUTORIZACIÓN NI COBERTURA SOLICITADA.
- La documentación debe ser enviada **por la familia** vía e-mail a **instructivos@whope.com.ar** de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato **PDF**, por prestación y en un mismo e-mail para poder proceder con la auditoría.
- Podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.
- Solo se recibe documentación VIA E-MAIL. No se recibe en papel físico. **Sólo digital.**
- Toda documentación debe ser enviada sin enmiendas, tachaduras y/o correcciones.
- **NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.**

## CONDICIONES GENERALES

- La fecha de confección/emisión de los documentos debe ser **anterior al inicio del tratamiento.**
- Deberá existir coincidencia entre resumen de historia clínica, orden médica, plan de tratamiento y presupuesto.
- Todos los anexos deben estar completos en su totalidad. Sólo debe figurar DNI. (NO n° de afiliado/a ni Obra Social).
- La documentación no debe tener cambios de tinta y letra. En caso de existir, se deberá salvar la enmienda con firma y sello.
- **La Obra Social NO podrá dar cobertura a profesionales o instituciones que no se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP).**
- Se considera que cada sesión se desarrolla en un plazo de 45/50 minutos. No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.
- En caso de realizar un cambio de prestador/esquema terapéutico, se deberá presentar nuevamente la documentación del nuevo prestador/institución/tratamiento. Además, se deberá adjuntar nota explicando el motivo del cambio, fecha de baja de prestador/a y fecha de alta del nuevo prestador/a.

El área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

## DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR PROFESIONAL/INSTITUCIÓN:

- **Presupuesto prestacional.** Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).
- **Plan de tratamiento- abordaje individual:** período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención contemplando los diferentes contextos.  
**Informe de evaluación inicial:** exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.  
**Informe evolutivo de la prestación:** donde conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **Registro Nacional de Prestadores (RNP) VIGENTE**
- **Copia del título habilitante de cada profesional y del analítico**
- **Constancia de inscripción de cada profesional o institución en AFIP.**
- **Constancia de Ingresos Brutos.** En caso de ser exento, presentar constancia.
- **Póliza de seguro de Mala Praxis**
- **Formulario Planilla CBU (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)**

## PRESUPUESTO PRESTACIONAL

(Completar todos los campos)

Prestación / Especialidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Razón social del prestador/a: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Modalidad prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Período: Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Almuerzo: Sí  No

Monto mensual: \_\_\_\_\_

En caso de corresponder: \_\_\_\_\_

Dependencia: Sí  No

Matrícula anual: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_ Monto por sesión: \_\_\_\_\_

### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación)

Recordar que se considera que cada sesión se desarrolla en un plazo de 45/50 minutos. No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma del prestador/a: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

## PLAN DE TRATAMIENTO - INFORME INICIAL - INFORME EVOLUTIVO

Nombre beneficiario/a: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Razón social del prestador/a: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD:** \_\_\_\_\_

### A) EVALUACIÓN DE INICIO.

#### Instrumentos de evaluación utilizados:

- Escalas estandarizadas. ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojan?
- Entrevistas estructuradas/semi estructuradas con el paciente y la familia. ¿Qué consideraciones resultan?
- Informes de profesionales tratantes ¿Qué aspectos se destacan?
- Informes escolares de años anteriores ¿Qué indicadores señalan?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### B) INFORME DE EVOLUCIÓN (para el caso de prestaciones que ya se hayan brindado en períodos anteriores, de la misma manera o con modificaciones).

Se cumplieron los objetivos planteados: SI  NO  Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Resultados observables del tratamiento:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**A Y B) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Completar en todos los casos.**

**1-Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2-¿Cuál será la frecuencia? Especificar días y horarios**

---

---

**3-Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI  NO  ¿Con qué frecuencia?**

---

---

---

**4-Se realiza abordaje familiar? SI  NO  ¿Con qué frecuencia?**

---

---

---

**Otras observaciones:**

---

---

---

---

Firma del profesional: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## FORMULARIO PLANILLA CBU

A.Fecha : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

B.Datos del proveedor/a (apellido y nombre o razón social) \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

C.Datos de la Cuenta Bancaria:

CUIT:   -         -

C.B.U.:

**TITULARES** (como constan en el extracto bancario): \_\_\_\_\_

**D.Aceptación** (leer en plural en caso que corresponda):

Por la presente informo que a partir de la fecha acepto operar con el sistema de transferencias electrónicas, como medio de pago realizadas por la Obra Social, solicitando que dichos pagos se acrediten en la cuenta declarada por mí en este formulario.

Asimismo manifiesto que, teniendo en cuenta la presente aceptación, todos los montos transferidos por William Hope a la cuenta declarada por mí, los consideraré en concepto de pagos, con los efectos cancelatorios que los mismos implican, y que he otorgado recibo por dicha circunstancia.

Firma del titular: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

**E.CONULTAS:** Comunicarse al Tel. (011) 4815-0747 Tesorería (int.1014/1012/1013/1015)

**F.USO EXCLUSIVO WILLIAM HOPE / OSRM:**

Número de Prestador/a:  -

Nro asignado por DATANET:

Fecha de recepción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de alta Datanet: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de alta Sistema: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_