GALENO

Modulo de Estimulación Temprana.

La presentación de la solicitud debe realizarse con un plazo de antelación de, por lo menos, 60 dias previos al inicio de la prestación requerida, dado que es el tiempo estimado del análisis y posterior autorización.
- 0 a 11 meses – corresponde a PMI (plan materno infantil) consultar cartilla galeno.
- 1 a 4 años cobertura por discapacidad.

Se autorizarán las prestaciones según fecha de envió del legajo completo.
Para poder solicitar la autorización de alguna de estas prestaciones, deberá presentar, de manera excluyente, la siguiente documentación en formato PDF unificado.

1. **Actualización de datos del afiliado (PAG 2)**
2. **Anexo III conformidad (puede indicar hasta 4 prestaciones juntas por anexo) (PAG 3)**
3. **CUD vigente**
4. **Prescripción médica – prestaciones educativas terapéutica**. Debe estar confeccionada por el médico tratante que realizo el resumen de historia clínica. Indicando fecha de emisión (debe ser anterior al periodo solicitado), nombre y apellido, DNI, edad, diagnostico, tipo de jornada. Debe presentarse año calendario. Ej: (marzo a dic 2027) **(PAG 4)**
5. **Resumen de historia clínica (PAGINA 5)**
6. **Presupuesto y consentimiento bilateral (PAGINA 6)**
7. **CAR (certificado de alumno regular) con numero de CUE (código único de establecimiento)**
8. **Informe evolutivo o inicial.**
   Confeccionado, firmado y sellado por el prestador**.** Debe indicar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.
9. **Plan de tratamiento.**
   Confeccionado, firmado y sellado por el profesional. Debe indicar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos del tratamiento y estrategias que se implementaran para el logro de los mismos y adaptaciones curriculares.
10. **Categorización del servicio expedida por ANDIS / secretaria de discapacidad.**
11. **Copia completa de la inscripción vigente expedida por la superintendencia de servicios de salud de la institución.**
12. **Constancia de inscripción en ARCA.**
13. **Comprobante de CBU del prestador emitido por entidad bancaria.** (quedan excluidos los socios particulares)
14. **Habilitación.**
15. **Seguro**.

GALENO

ACTUALIZACION DE DATOS DEL AFILIADO.

Datos del afiliado al que se le brindara la prestación:

Nombre y apellido: _____
DNI: _____Fecha de nacimiento: _____
N° de socio: _____
Dirección: _____
N° _____ Piso: _____ Dpto: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Tel celular: _____ Tel alternativo: _____
E-mail: _____

Obra social: ☐ Particular directo: ☐

Datos del afiliado titular:
Nombre y apellido: _____
DNI: _____
E-mail: _____
Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____
Aclaración: _____
DNI: _____

GALENO

Anexo III – Conformidad prestacional año 2027.

Fecha: _____/_____/_____
Apellido y nombre del beneficiario: _____
Numero de afiliado: _____
Yo: _____
con DNI: _____, 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.

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

-Si usted es la persona con CUD que recibe la prestación:
Firma: _____Aclaración: _____
Documento: _____
-**Si usted es familiar, responsable y/o tutor:**
Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documentación es realizada en nombre de:_____
Manifiesto ser familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:_____
Aclaración: _____
DNI: _____

GALENO

PRESCRIPCION MEDICA – MODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA.

FECHA: ____/_____/____

Nombre y apellido:_____
DNI: _____Edad:_____.
Diagnostico:_____
_____
_____
Prestacion:_____
Periodo: desde:_____/_____/_____hasta:____/_____/_____.

_____
Firma y sello del médico tratante.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

Nombre y apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____
Domicilio: _____
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:
_____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año)

_____
_____
_____
_____
_____

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico)

_____
_____
_____
_____
_____

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLOGICO (SI LO HAY)

_____
_____
_____
_____
_____

Firma del medico tratante: _____
Aclaración: _____
Fecha de emisión: _____

GALENO

MODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA

Fecha: _____/_____/_____
Nombre y apellido: _____DNI: _____

Datos del prestador.
Nombre y apellido / Razón social: _____
Domicilio donde se brinda la prestación: _____
Localidad: _____Provincia: _____
Tel de contacto: _____ N° de CUIT: _____
E-mail: _____

Datos de prestación:
Aclarar cantidad de prestaciones y sesiones semanales de cada una:
- _____
- _____
- _____

Dias y horarios:
_____
_____
_____

Periodo desde: _____ hasta _____2027
Valor mensual: _____ según resolución vigente de la ANDIS.

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del equipo_____ CUIT _____ efectuándose en el domicilio_____ en la localidad de_____ durante el periodo de_____hasta_____2027.

Firma del titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del director / responsable de la institución: _____
Aclaración: _____