

Planilla 1

REQUISITOS A ENTREGAR A LOS AFILIADOS

FECHA:

Sr./Sra. Afiliado/a:

- Recuerde que la practica requiere autorización previa.
- La documentación se debe presentar en la Delegación de origen. Se verificará que se cumplimenten los requisitos necesarios, caso contrario no podrá darse curso al trámite.
- Una vez iniciado el trámite, la documentación estará sujeta a evaluación. En caso de ser necesario, se contactará al afiliado/a titular y/o profesional tratante a la brevedad posible , para solicitar ampliación y/o aclaración pertinente.

- ☐ PRIMERA SOLICITUD
- ☐ RENOVACIÓN DE LA COBERTURA

DATOS DEL AFILIADO:

APELLIDO Y NOMBRE:..... EDAD:.....

Nº AFILIADO:.....

TELÉFONO:..... TEL. ALTERNATIVO:.....

DOMICILIO:..... LOCALIDAD:.....

MAIL:.....

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO:

- FOTOCOPIA DNI del Titular y de el/la Afiliado/a que requiere la prestación.
- FOTOCOPIA del Certificado Único de Discapacidad, Actualizado
- HISTORIA CLÍNICA, Actualizada realizada por los profesionales tratantes (Neurólogo/a, Psiquiatra, Medico generalista, Psicólogo)
- SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AT. Por parte de los profesionales tratantes. (Planilla 2)
- CONSENTIMIENTO INFORMADO. (Planilla 3)
- DATOS DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO. PRESTADOR DE LA OBRA SOCIAL.
(En caso de que el PROFESIONAL NO SEA PRESTADOR DE LA OS, la cobertura de practicas vía reintegro se homologará a la que disponen los afiliados a SEROS de acuerdo a Res. 1184/2017 SE REQUIERE ANEXAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: CURRICULUM, TITULO PROFESIONAL HABILITADO POR ORGANISMO DE COMPETENCIA, MATRICULA/ constancia de inscripción de la Afip/Constancia de Seguro/Certificado de Antecedentes Penales (RNR).

El día / / se recibió asesoramiento para gestión de prestaciones de Salud Mental.
Al momento se me ha comunicado claramente los requisitos y la documentación a presentar.

FIRMA DE EL/LA AFILIADO/A

FIRMA DE EL/LA AGENTE DE SEROS