

MANUAL DE PROCEDIMIENTO 2022

El presente instructivo tiene como objetivo principal proteger la atención, educación y rehabilitación de las personas con discapacidad.

Por tal motivo enunciamos todos los pasos necesarios para iniciar un trámite por discapacidad, por lo que se sugiere, mostrar el presente instructivo a su médico tratante para evitar errores en la elaboración de las prescripciones médicas.

Cabe destacar que de acuerdo a la Legislación vigente el profesional médico que prescribe los tratamientos es el responsable desde el punto de vista legal por los efectos de dichos tratamientos sobre el paciente a quién se los indicó. Por lo que se sugiere **indicar tratamiento con la debida justificación científica.**

Procedimiento para el Alta del legajo del asociado

Es IMPRESCINDIBLE contar con el Certificado Único de Discapacidad emitido por la **autoridad competente vigente**. Cuando este CUD se vence es exclusiva responsabilidad del asociado renovarlo con el tiempo adecuado para no perder cobertura, **las mismas caducaran al vencer el mismo.**

- ❶ No se abonara prestaciones que no hayan sido autorizados previamente por la comisión de discapacidad.

Documentación correspondiente al asociado

- ❷ Actualización de datos (adjunto)
- ❸ Copia Certificado de Discapacidad (vigente al momento de la prestación)
- ❹ Consentimiento informado (adjunto)
- ❺ Prescripción Médica (**original**, la misma deberá constar con la Firma y sello del Médico Tratante, con tipo y n° de matrícula legible, **NO** podrá ser emitida por un médico de la institución donde se brinde la prestación, por cada prestación o concepto prescripto se deberá informar el periodo, ej.: mar/dic 2018, en caso de prestaciones ambulatoria deberán indicar especialidad y cantidad de sesiones semanales, para concurrencia a instituciones “Escolaridad Especial - CET - Centro de Día” se debe aclarar el tipo de Jornada “Simple o Doble”, en el caso de requerir Dependencia deberá ser informado en la prescripción médica).
- ❻ Constancia de Alumno Regular (si correspondiese).
- ❼ Resumen de **Historia Clínica** actualizado por su médico tratante (Original)

Dicha documentación deberá ser presentada en Mutua Medica (Casa Central), en caso de existir documentación faltante, la misma será devuelta al asociado para que sea entregada correctamente.

Por consultas o dudas contactarse con:

Alta Complejidad: E-mail: altacomplejidad@mutuamedica.org.ar Tel: 0358-4755200 (int 129/131/137)

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y nombre: Nº Afiliado:

CUIL: Fecha de nac.: Tel. de contacto: Tel. Alternativo:

E-Mail: Domicilio actual:

Localidad: Nombre del padre/madre o tutor:

Posee otra Mutual u Obra social: SI Cuál? NO

Trabaja actualmente:

Relación de dependencia Monotributista

Responsable Inscripto No trabaja

Otros:

Institución educativa a la que asiste: Turno:

Composición familiar:

1)

2)

3)

4) Otros:

Antecedentes de enfermedades del asociado o familiar:

.....

.....

Nombre de la institución donde realiza rehabilitación:

.....

Nombre de la prestadores intervinientes:

.....

.....

.....

.....

Firma, DNI y fecha

CONSENTIMIENTO DE CONFORMIDAD

DECLARACION DE CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO Y DEL PROFESIONAL ACTUANTE. PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD LEY 24901 RESOLUCION 1511/2012.

El que suscribe. (Nombre de padre, madre o tutor).....

Nombre de la beneficiaria. Asociado N°.....

Paciente con discapacidad, declara estar en plena conformidad respecto del tratamiento de rehabilitación que se realizará, con los profesionales y/o instituciones actuantes, todo de acuerdo con las disposiciones vigentes de la resolución 1511/12 de la Superintendencia de Servicio de Salud y la ley 24901.

La rehabilitación se realizará en institución y/o profesional:
.....

En la ciudad de: Período:
.....

.....
* Firma del paciente o representante legal

.....
*Firma del médico tratante

.....
* Aclaración

.....
*Aclaración

.....
* Nro. De Documento

.....
*Nro. De Documento