

REHABILITACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA		<input checked="" type="checkbox"/>
Orden médica: Debe indicar "REHABILITACION EN HOSPITAL DE DIA", tipo de jornada y el período en que solicitan la cobertura.	Formulario 038	<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante (2 hojas)	Formulario 008	<input type="checkbox"/>
Conformidad: firmado por paciente o familiar responsable/tutor	Formulario 007	<input type="checkbox"/>
Plan de abordaje individual	Formulario 015	<input type="checkbox"/>
Presupuesto	Formulario 033	<input type="checkbox"/>
Nota informando período vacacional/descanso	Formulario 047	<input type="checkbox"/>
Informe evolutivo: si la prestación la brindó la misma institución que el año previo.	Formulario 048	<input type="checkbox"/>
Informe evaluativo: se solicitará al comienzo de una nueva prestación o ante eventuales cambios de institución.	Formulario 049	<input type="checkbox"/>
Informe de seguimiento/evolución semestral: debe presentarse cada 6 meses	Formulario 048	<input type="checkbox"/>
Documentación prestador (Centro): <ul style="list-style-type: none"> ● Habilitación municipal vigente ● Inscripción al Registro Nacional de Prestadores de la superintendencia de Servicios de Salud Vigente ● Categorización del SNR/ANDIS vigente ● Constancia de CBU ● Constancia CUIT 		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RECORDÁ QUE TODOS LOS FORMULARIOS DEBEN TENER FECHA PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACIÓN Y FIRMAS CORRESPONDIENTES