



PEDIDO MEDICO:

1. Orden medica hecha por el neurólogo, pediatra o medico clínico que contenga los siguientes datos: Apellido y nombre del beneficiario- edad- DNI- Nº de afiliado- sexo- categoría- diagnostico- solicitud de cobertura de prestación:
 - En caso de terapias: indicar cantidad de sesiones semanales, periodo a cubrir.
 - En caso de CET, ESCUELA, CENTRO DE DIA, HOSPITAL DE DIA: indicar tipo de jornada y en caso que corresponda dependencia, periodo a cubrir.
 - En caso de Integración escolar: si la cobertura la da un CENTRO debe ser APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR, si la cobertura la da una Lic. En Psicopedagogía debe ser MAESTRO DE APOYO, periodo a cubrir.
 - En caso de transporte: indicar a donde se solicita el traslado y si necesita dependencia, periodo a cubrir
 - Resumen de historia clínica.

EN TODOS LOS CASOS ACLARAR PERIODO DE PRESTACION Y LA FECHA SIEMPRE DEBE SER ANTERIOR AL INICIO DE LA COBERTURA CON FIRMA Y SELLO DEL MEDICO.

2. SOLICITUD DE TRANSPORTE: se entrega formulario para que complete, justifique porque no puede viajar en transporte público, firma y sello del médico (**LA JUSTIFICACION NO ES EL DIAGNOSTICO**, debe estar con la misma letra y tinta sin enmiendas ni tachaduras).
3. ESCALA FIM: en caso que corresponda dependencia (a partir de los 6 años) se entrega el formulario para que complete con firma y sello del médico en cada hoja y con fecha.