Prestaciones de Salud Mental

Paraná,..... del 2015

Sr./a – Sres.

De nuestra consideración:

En virtud de la solicitud de prestación a favor del/la afiliado/a,....., y a los efectos de poder evaluar la viabilidad de la misma solicitamos se tenga a bien remitir a esta UGP la documentación que abajo se detalla (solo la que esté marcada) . **La no presentación de la misma en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la presente, se considerará como decisión de no querer continuar con el trámite de la prestación**

Certificación de afiliado a Incluir Salud	
Nota del Afiliado o familiar responsable solicitando la prestación	
Fotocopia del último recibo de cobro de la pensión	
Fotocopia del documento de identidad del Beneficiario y del responsable (si hay curatela)	
Historia Clínica confeccionada por médico de efector público. Debe incluir: inicio del tratamiento y situación actual de consumo (años de consumo, nivel de consumo, tipo de sustancias, etc.), Diagnóstico psiquiátrico (detallar cuadro clínico, si existe patología de base, tratamiento y medicación). Tratamientos anteriores y dificultades registradas (si existieron, consultas, abordajes, tratamientos ambulatorios previos, episodios de crisis, etc.).	
Pedido Médico de Efector Público. Firmado por 2 (dos) profesionales, uno de los cuales debe ser Psiquiatra.	
Informe Social confeccionado por Trabajador Social matriculado. Efector publico	
Reserva de vacante indicando tipo de prestación, frecuencia semanal y áreas de terapia	
Presupuesto de la Institución Adjuntar Documentación Habilitante (habilitación municipal, habilitación Provincial-Salud, informe de bomberos, Inscripciones fiscales, copia del proyecto institucional)	
Consentimiento firmado por el beneficiario. (Anexo A)	
Planificación terapéutica, especificando tiempo aproximado del tratamiento y objetivos del mismo.	

Nota: ante cualquier duda o dificultad comunicarse con el Área de Discapacidad al **TEL: 0343-4207969**,
25 de Mayo 139 Paraná ER CP 3100 -