



PLANILLA 61 – COBERTURA ANUAL DE PRESTACIONES DE APOYO

- Únicamente a través de prestadores de DOSUBA

Fecha: ____/____/____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre	Apellido	N° de beneficiario

A completar por el profesional

Prestación de apoyo: Kinesiología / fonoaudiología / terapia ocupacional / otro:.....

.....

Día LU / MA / MI / JU / VI / SA Sesión desde _____ horas / hasta _____ horas

Objetivos generales:

.....

.....

Plan de acción:

.....

.....

N° de Prestador del profesional:

.....

Modo de tramitación:

- 1) Debe presentar esta solicitud, Planilla 62 y 63, orden médica y resumen de historia clínica en Mesa de Entradas o enviarlos vía correo electrónico a autorizacionesespeciales@dosuba.uba.ar para la apertura de un expediente.
- 2) En el plazo de 10 días hábiles nos comunicaremos con usted para enviarle la autorización por correo electrónico, o bien, usted podrá retirarlo por Dirección de Prestaciones.
- 3) Importante:
 - a) La orden médica debe aclarar la prestación de apoyo indicada, la frecuencia semanal y la duración del tratamiento.
 - b) Psicoterapias y psiquiatría se tramitan por el Depto. de Salud Mental
 - c) En caso de autorización al 100% por Discapacidad, debe haber presentado el CUD en Afiliaciones para el reempadronamiento.
 - d) Ante consultas, puede comunicarse al 5287-5759 o a autorizacionesespeciales@dosuba.uba.ar