

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

A partir de los 5 años – Terapias de rehabilitación / Módulos de rehabilitación (Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicología, Psicopedagogía, Psicomotricidad, Musicoterapia, etc.)

CHECK LIST:

Documentación general obligatoria:

- o Padrón de beneficiarios de la SSS
- o Copia del certificado de Discapacidad
- o Planilla de datos socio – familiares (**FORM 01**)
- o Constancia de alumno regular (**vigente- FORM 02**) o formulario de NO escolarización (**FORM 03**)
- o Resumen de historia clínica (**FORM 04**)
- o Declaración jurada de CBU

Documentación específica de la prestación EXCLUYENTE:

Aclaración: En caso de que se soliciten prestaciones por profesionales individuales, NO podrán presupuestarse prestaciones moduladas y viceversa.

PRESTACIONES BRINDADAS EN UN CENTRO CATEGORIZADO PARA TAL FIN

(Que estén incluidas en el marco básico de prestaciones para personas con discapacidad)

- o Orden médica - **con fecha anterior al inicio de la prestación**, individual por cada prestación que compone el módulo o bien una única orden médica que indique todas las terapias y carga horaria de las mismas (**FORM 05**)
- o Presupuesto/ Conformidad (**FORM 06**)
- o Categorización de la Institución
- o **Constancia de AFIP/Constancia de Cuil**
- o Planilla de datos del profesional (**FORM 08**)
- o Informe inicial / evolutivo / plan de tratamiento (**FORM 09**)
(Debe presentarse un informe por cada una de las terapias)
- o Nota cambio de prestador *(en caso de corresponder)* (**FORM 10**)
- o Cronograma (**FORM 11**)
- o CONFORMIDAD - NORMAS DE FACTURACIÓN (**FORM 12**)

*** Informe de seguimiento semestral y final según mes correspondiente.
Formulario modelo anexo en instructivo de facturación**

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PRESTACIONES BRINDADAS POR PROFESIONALES INDIVIDUALES

(Que estén incluidas en el marco básico de prestaciones para personas con discapacidad)

- o Orden médica - **con fecha anterior al inicio de la prestación**, individual por cada prestación
(Formulario pro- forma) (FORM 5)
 - o Presupuesto / Conformidad **(FORM 06)**
 - o Título habilitante
 - o Comprobante de inscripción en Registro Nacional de Prestadores (RNP)
 - o Constancia de AFIP/ CUIL
 - o Planilla de datos del profesional **(FORM 08)**
 - o Informe inicial / evolutivo / plan de tratamiento. **(FORM 9)**
(Debe presentarse un informe por cada una de las prácticas)
 - o Nota cambio de prestador *(en caso de corresponder)* **(FORM 10)**
 - o Cronograma **(FORM 11)**
 - o CONFORMIDAD - NORMAS DE FACTURACIÓN **(FORM 12)**
- * Informe de seguimiento semestral y final según mes correspondiente.
Formulario modelo anexo en instructivo de facturación**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Prestaciones brindadas a niños desde 1 (un) año a los 4 (cuatro) años inclusive.

Todos los formularios deberán indicar "estimulación temprana" junto a la especialidad de la prestación (por ejemplo, "Kinesiología – Estimulación temprana").

CHECK LIST:

Documentación general obligatoria:

- o Padrón de beneficiarios de la SSS
- o Copia del certificado de Discapacidad
- o Planilla de datos socio – familiares **(FORM 01)**
- o Constancia de alumno regular *(vigente - FORM 02)* o formulario de NO escolarización **(FORM 03)**
- o Resumen de historia clínica **(FORM 04)**
- o Declaración jurada de CBU

Documentación específica de la prestación EXCLUYENTE:

Aclaración: En caso de que se soliciten prestaciones por profesionales individuales, NO podrán presupuestarse prestaciones moduladas y viceversa.

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PRESTACIONES BRINDADAS EN UN CENTRO CATEGORIZADO PARA TAL FIN

(Que estén incluidas en el marco básico de prestaciones para personas con discapacidad)

- o Orden médica - **con fecha anterior al inicio de la prestación** prestación individual por cada prestación o bien una única Orden médica por módulo que indique todas las rehabilitaciones y carga horaria de las mismas. *(formulario pro- forma)* **(FORM 5)**
- o Presupuesto / Conformidad **(FORM 06)**
- o Categorización de la institución para Estimulación Temprana *(Según la Agencia Nacional de Discapacidad)*
- o Comprobante de categorización
- o **Constancia de AFIP/CUIL y comprobante de CBU**
- o Planilla de Datos del profesional **(FORM 8)**
- o Informe inicial / evolutivo / Plan de tratamiento **(FORM 9)**
(Debe presentarse un informe por cada una de las prácticas)
- o Nota de cambio de prestador *(en caso de corresponder)* **(FORM 10)**
- o Cronograma **(FORM 11)**
- o CONFORMIDAD - NORMAS DE FACTURACIÓN **(FORM 12)**
- * **Informe de seguimiento semestral y final según mes correspondiente.**
Formulario modelo anexo en instructivo de facturación

PRESTACIONES BRINDADAS POR PROFESIONALES INDIVIDUALES

(Que estén incluidas en el marco básico de prestaciones para personas con discapacidad)

- o Orden médica - **con fecha anterior al inicio de la prestación** individual por cada prestación **(FORM 5)**
- o Presupuesto / Conformidad **(FORM 06)**
- o Formulario de estimulación temprana – **Un único formulario firmado por todos los profesionales intervinientes (FORM 07)**
- o Título habilitante
- o Certificado de especialización en estimulación temprana
- o **Constancia de AFIP / CUIL y comprobante de CBU**
- o Planilla de Datos del profesional **(FORM 8)**
- o Informe inicial / evolutivo / Plan de tratamiento **(FORM 9)**
(Debe presentarse un informe por cada una de las prácticas)
- o Nota de cambio de prestador *(en caso de corresponder)* **(FORM 10)**
- o Cronograma **(FORM 11)**
- o CONFORMIDAD-NORMAS DE FACTURACIÓN **(FORM 12)**
- * **Informe de seguimiento semestral y final según mes correspondiente.**
Formulario modelo anexo en instructivo de facturación

FORMULARIO PARA ACREDITACIÓN DE PAGO A PRESTADORES EN CUENTAS BANCARIAS

Este formulario tiene carácter de declaración jurada.

Razón Social / Apellido y Nombre: _____ CUIT: _____

Número de cuenta: _____ Entidad bancaria: _____

Alias: _____ Teléfono: _____

N°CBU (Clave Bancaria Uniforme): _____

(Compuesto de 22 dígitos)

E-Mail: _____

Firma del responsable de la cuenta

Aclaración

Tipo y N° de Documento:

Cualquier demora que surja en la acreditación de los valores, producto de modificaciones sobre los datos consignados en la presente y que no fueran oportunamente notificados, será responsabilidad del prestador.

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PLANILLA DE DATOS SOCIO - FAMILIARES FORMULARIO 1

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono y/o celular: _____ Mail: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Obra Social: _____

Grupo familiar conviviente y no conviviente

Apellido y nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

Grilla de plan anual de tratamientos

Terapia	Sesiones semanales	Periodo prestacional
<i>Ejemplo: "Psicología"</i>	<i>Dos sesiones semanales</i>	<i>Enero 2025 a Diciembre 2025</i>

*Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada. Presentar grilla actualizada en caso de modificaciones como actualización de documentación en el canal correspondiente

Firma y aclaración del titular

Fecha y lugar de emisión

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR - FORMULARIO 2

Nombre del establecimiento: _____

Nº de C.U.E (Excluyente): _____

Se hace constar que (completar nombre y apellido) _____

DNI (completar nº de documento) _____ es alumno regular del curso / grado / sala
(indicar el que corresponda) _____ turno _____ / _____ jornada
Horarios _____ ciclo lectivo (indicar año) _____

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

En (indicar lugar y/o ciudad) _____

a los días _____ del mes de _____ del año _____

Firma y sello del establecimiento

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS – FORMULARIO 3

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

A quien corresponda:

Por medio de la presente informo que *(completar apellido y nombre del asociado/a)* _____

no concurre a institución educativa alguna debido a *(indicar el motivo)* _____

Dicha situación, abarca el período desde _____ hasta _____

del año _____

Firma del asociado-a / padre / madre / tutor-a

Aclaración

DNI

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – FORMULARIO 4

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

Diagnóstico (según indica certificado único de Discapacidad)

Antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas

Medicación indicada

Parámetros funcionales actuales

Evolución del cuadro clínico de base en el último año (*fisiátrico - psiquiátrico*)

Firma y sello del médico/a tratante

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

ORDEN MÉDICA – FORMULARIO 5

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

Se indica (*especificar tratamiento*):

Por la cantidad de (*indicar cantidad de sesiones semanales*):

Periodo prestacional (*indicar mes y año, desde - hasta*):

Diagnóstico:

Firma y sello del médico/a tratante

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PRESUPUESTO - CONFORMIDAD - FORMULARIO 6

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____ CUIL/CUIT: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

Prestación/especialidad (completar según nomenclador - mecanismo de integración):

Cantidad de sesiones semanales: _____ Valor de prestación: \$ _____

Monto mensual \$ _____

Período de ciclo lectivo (indicar mes y año desde-hasta): _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

Tto. / Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios (Desde – hasta)						

Observaciones:

Firma del profesional

Sello y aclaración

CONFORMIDAD

"Por la presente, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de prestaciones descripto precedentemente"

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI: _____

Firma de beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PLANILLA DE ESTIMULACION TEMPRANA- FORMULARIO 07

A continuación, se detallan los profesionales que participarán en el tratamiento de estimulación temprana de:

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ D.N.I.: _____ Edad: ___

1- MÉDICO PEDIATRA O NEURÓLOGO INFANTIL:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____

2- PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____

3- PSICÓLOGO/A U OTRO/A ESPECIALIDAD:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____

4- SI PARTICIPA ALGÚN OTRO PROFESIONAL, COMPLETAR:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____

5- SI PARTICIPA ALGÚN OTRO PROFESIONAL, COMPLETAR:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PLANILLA DE DATOS DEL PROFESIONAL – FORMULARIO 08

Razón social / Apellido y nombre: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Teléfonos: _____ E-mail: _____

CUIT: _____ (Adjuntar form 576 / flrio de inscripción en AFIP)

Condición frente al impuesto al valor agregado (IVA):

Responsable Inscripto	No responsable	Exento	Responsable no Inscripto	Monotributista	Consumidor Final
-----------------------	----------------	--------	--------------------------	----------------	------------------

(Si es exento deberá presentar copia de constancia de exención)

(Si es monotributista deberá acompañar copia de formulario de inscripción)

Impuesto a los Ingresos brutos N° (completar si corresponde):

(Adjuntar constancia bancaria certificada de cuenta donde se realizará el pago de la prestación).

RECUERDE:

- La cuenta bancaria deberá pertenecer al profesional que brinde la prestación.
No se les depositarán pagos a terceros.
- El **CBU** de la cuenta deberá estar vinculada al CUIT del profesional que brinda la prestación, de manera excluyente.
- Las **fotocopias** de la documentación a remitir deberán ser firmadas en original.
- El **e-mail** declarado debe utilizarse de manera activa, ya que allí se notificarán las autorizaciones o cambios; en caso de realizar modificación del mismo, por favor informar.

En lo posible, completar dicho ítem en letra **imprensa legible**.

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

INFORME INICIAL/EVOLUTIVO/PLAN DE TRATAMIENTO – FORMULARIO 09

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Razón social del prestador: _____

PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD: _____

A) EVALUACIÓN DE INICIO. Para el caso de prestación brindada por primera vez al paciente.

Instrumentos de evaluación utilizados:

- Escalas estandarizadas. ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojan?

- Entrevistas estructuradas/semi estructuradas con el paciente y la familia. ¿Qué consideraciones resultan?

- Informes de profesionales tratantes/ RHC. ¿Qué aspectos se destacan?

- Informes escolares de años anteriores ¿Qué indicadores señalan?

B) INFORME DE EVOLUCIÓN. Para el caso de prestaciones que ya se hayan brindado en períodos anteriores, de la misma manera o con modificaciones.

Se cumplieron los objetivos planteados: SI / NO Observaciones: _____

Resultados observables del tratamiento: _____

A Y B)) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Completar en todos los casos

1- Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)

2- ¿Cuál será el horario de asistencia?

3- ¿Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI /NO ¿Con qué frecuencia?

4. ¿Se realiza abordaje familiar? SI /NO ¿Con qué frecuencia? _____

5- Completar cronograma de todas las actividades terapéuticas del paciente (ver aparte)

Firma y sello del profesional

Lugar y fecha

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

Fecha: ____ / ____ / ____

CAMBIO DE PRESTADOR – FORMULARIO 10

A quien corresponda:

Por la presente, solicito cambio de prestador de (indicar prestación, por ejemplo: "Psicología") _____

para el asociado _____

DNI _____ A partir del mes de _____ del año _____ ,

dejará de asistir con (indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistía) _____

_____ y comenzará a asistir con (indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistirá) _____
_____ a partir del mes de: _____ del año: _____

El motivo del cambio (detallar motivos del cambio de prestador) _____

Firma del asociado/a, padre, madre o tutor/a

Aclaración

DNI

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

CRONOGRAMA DE PRESTACIONES ESPECIALES – FORMULARIO 11

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

Todos los profesionales y/o familiares o la persona con discapacidad deberán completar un único **cronograma** con el total de las prestaciones percibidas.

- A. En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin. Se acuerda que el tiempo establecido por sesión es de 45-60 minutos.
- B. En los ítems DÍAS, indicar la prestación que recibe

Horario		Días					
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
07: ____	____ : ____						
08: ____	____ : ____						
09: ____	____ : ____						
10: ____	____ : ____						
11: ____	____ : ____						
12: ____	____ : ____						
13: ____	____ : ____						
14: ____	____ : ____						
15: ____	____ : ____						
16: ____	____ : ____						
17: ____	____ : ____						
18: ____	____ : ____						
19: ____	____ : ____						
20: ____	____ : ____						
21: ____	____ : ____						

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

Fecha: ____ / ____ / ____

CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN- FORMULARIO 12

Por medio de la presente dejo constancia que he leído e interpretado las normas de facturación adjuntas, aceptando y dando mi conformidad sobre lo que allí se establece.

Firma de beneficiario o responsable

Firma y sello profesional/institucion