

REHABILITACIONES – TERAPIAS EN CENTROS CATEGORIZADOS

MODULO INTEGRAL INTENSIVO

Comprende la atención 5 (cinco) sesiones semanales o más, en no más de 3 (tres) días a la semana, con más de un profesional. Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales. La atención ambulatoria de prestaciones de rehabilitación de pacientes deberá estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda, el cual debe coordinar al resto de los profesionales intervinientes.

En el siguiente link encontrará las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

MODULO INTEGRAL SIMPLE

Cuando las sesiones se brinden por más de un profesional, con una periodicidad de 2 días a la semana (lunes a viernes) en no más de 4 sesiones semanales, y un mínimo de 3 sesiones semanales. Se debe detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales. La atención ambulatoria de prestaciones de rehabilitación de pacientes deberá estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda, el cual debe coordinar al resto de los profesionales intervinientes.

En el siguiente link encontrará las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación.

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

[Para poder solicitar la autorización de alguna de estas prácticas, deberá presentar de manera excluyente los siguientes documentos \(tenga en cuenta que quedarán sujetas a auditoria, el hecho de presentar la carpeta documental no supone una prestación autorizada\)](#)

Documentación a presentar para **MODULO INTEGRAL INTENSIVO/SIMPLE** para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de tratamiento)

1. Orden médica

<p>RP/ Nombre y Apellido: DNI</p> <p>Solicito: MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO / MÓDULO INTEGRAL SIMPLE</p> <p>PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2025 Diagnostico:</p> <p>FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. Ej. Fecha: 30/12/2024</p>

- Resumen de historia clínica completo **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 012)
- Certificado de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002)
- Informe evolutivo** del año 2024 - en caso que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre diciembre 2024 y deberá enviar informe evolutivo cada 6 meses.
- Informe de evaluación inicial:** al comienzo de una nueva prestación. En el cual consten los

instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. El informe evolutivo/de evaluación inicial deberá tener: - periodo de abordaje; - modalidad de la prestación; - descripción del tratamiento que aborda, y - resultados alcanzados. Siempre debe estar firmado y sellado por prestador.

6. **Plan de tratamiento**, detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica:
 - a. Objetivos a corto y mediano plazo
 - b. Modalidad de abordaje
7. Presupuesto: días, horarios y periodo – valor mensual según resolución.
8. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
9. Seguro de la Institución.
10. Constancia de opción / inscripción en la Afip.
11. Constancia de CBU emitida por banco, donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit, número de CBU (socios privados/particulares exentos de esta presentación).
12. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-002-004-005 y 012** (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB).



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que en continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles .

1 . Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2 . Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3 . Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4 . Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración: Documento:

.....



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto: Teléfono: _

Beneficiario: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: desde: hasta: Almuerzo:

Sí - No.

Monto Mensual:

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales: Monto por Sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Resumen de Historia Clínica

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DE DNI: _____

DIAG. SEGÚN CUD: _____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.)

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico.)

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):

Firma del médico tratante: _____

Aclaración: _____

Fecha de emisión: _____

MÓDULO INTEGRAL SIMPLE /INTENSIVO

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

Datos de la prestación

Modalidad prestacional a brindar

MÓDULO INTEGRAL SIMPLE MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO

Aclarar cantidad de prestaciones y sesiones semanales de cada una:

- _____
- _____
- _____
- _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS

DÍAS Y HORARIOS (aclarar horario de comienzo y fin de cada prestación):

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2025

VALOR MENSUAL: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo de la
 institución _____ CUIT N° _____ a efectuarse en el domicilio
 _____ en la localidad de
 _____ durante el período de _____ hasta _____ 2025.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Directivo/responsable de la institución: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)

Fecha: _____

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra social:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ___/___/___

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

Caja de Ahorro N°: _____

CBU: _____

Banco Emisor: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Adjuntar extracto de constancia de CBU para validar esta información

Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte / Responsable
de la Institución

Aclaración

DNI

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Colegio: _____
CUE N°: _____
Nombre y Apellido del alumno: _____
DNI: _____

Se hace constar que el alumno _____ con DNI _____ es
alumno regular de _____ grado/año turno_____. Se encuentra
matriculado para el año 2025 en el grado/año_____ del turno_____ en el
horario de_____.

Se extiende esta constancia en _____ a los _____ días del mes
_____ del año _____.

Firma autoridad del colegio: _____

Sello del colegio: _____