

Instructivo para Módulo de Estimulación Temprana

Es la prestación de entrada al sistema donde el niño es estimulado de manera integral según sus propias necesidades. Es un Proceso terapéutico – educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a bebés y niños pequeños de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente hasta los 6 años.

Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en la Superintendencia de Servicios de Salud para tal fin.

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

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

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada antes del inicio del tratamiento, se dará cobertura desde el mes siguiente de presentada la documentación completa)

1. Prescripción médica

RP/
Nombre y Apellido:
DNI

Solicito: MODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA

PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2025
Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

Ej. Fecha: 30/12/2024

2. Resumen de historia clínica completo **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 012)
3. Constancia de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002)
4. **Informe evolutivo** del año 2024 - en caso que haya realizado prestaciones. Este informe debe tener fecha siempre diciembre 2024 y deberá enviar informe evolutivo cada 6 meses.
5. **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.
 - o Objetivos a corto y mediano plazo
 - o Modalidad de abordaje
 - o Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
7. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
8. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
9. Habilitación Sanitaria
10. Seguro de la Institución
11. Constancia de opción / inscripción en la Afip
12. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y numero de CBU (**socios privados/particulares exentos de esta presentación**)
13. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NÚMERO: 001-002-003-004 y 012** (se adjuntan a continuación)



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 su 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 COMPLETA:

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 DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ **N° DE DNI:** _____

Datos del prestador

RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ **PROVINCIA:** _____

TEL DE CONTACTO: _____ **N° DE CUIT:** _____

E-MAIL: _____

Datos de la prestación

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 Director/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