

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 2020
Diagnostico:

**FECHA: debe ser anterior al comienzo de la
prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2019**

Fecha: 30/12/2019

2. Constancia de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002)
3. Informe evolutivo del año 2019 - (en caso de que haya realizado prestaciones. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2019)
4. 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.
 - Objetivos a corto y mediano plazo
 - Modalidad de abordaje
 - Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
5. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
6. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución

7. Habilitación Sanitaria
8. Seguro de la Institución
9. Constancia de opción / inscripción en la Afip
10. 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**)
11. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NÚMERO: 001-002-003 Y 004 (se adjuntan a continuación)**

Todas las planillas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal

Fecha: _____

Actualización de datos

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:** _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____

Tel de celular: _____ **Tel alternativo:** _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra jal:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

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 2020 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: _____

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** _____ **2020**

VALOR MENSUAL: _____ **SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS**

CONSENTIMIENTO

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 _____

2020.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Director/Responsable de la Institución: _____

Aclaración: _____ **Fecha:** _____

PLANILLA N° 004

En caso de que el socio sea de Galeno privado esta información es del socio titular donde se reintegrara la prestación

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:** _____

Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte /

Responsable de la Institución

Aclaración

DNI