

ESTIMULACIÓN TEMPRANA/ MÓDULO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL, SIMPLE O INTENSIVO - Instituciones

Indicación del Médico/a: Para cada prestación se deberá confeccionar de manera independiente cada una de las indicaciones, en cada una se deberá indicar el período prescripto, la especialidad, cantidad de sesiones por semana. de forma ológrafa

- Deberá estar firmada y sellada con tipo y número de matrícula por el médico/a tratante y deberá contener:

1. *Nombre y Apellido.*
2. *Nº de Afiliado/a.*
3. *Cantidad de sesiones por semana o jornada (simple, doble, internación, etc).*
4. *Período prestacional, detalle del tratamiento indicado.*
5. *La fecha de la indicación deberá ser previa al inicio del período prestacional solicitado.*
6. *Toda enmienda, tachadura o agregado deberá estar salvado con firma y sello del médico/a firmado y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.*
7. *La prescripción del tratamiento no podrá ser realizada por un médico/a de la institución en la que se efectuarán las prestaciones. En caso de solicitar dependencia, deberá ser aclarado en la prescripción y fundamentada conforme al índice de independencia funcional - FIM.*

- **Presupuesto de cada una de las prestaciones indicadas**, con período prestacional y según valores vigentes. Debe contener mail y teléfono de contacto del prestador/a.
ANEXO V

- **Informe de Evaluación Inicial**, se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación firmado y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.

- **Informe Evolutivo de la Prestación**, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados firmado y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.

- **Plan de Abordaje Individual**, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos firmado y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.

- **Informe de Seguimiento Semestral** de la prestación brindada firmado y sellado por profesional tratante de manera ológrafa.

- **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores/as de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud)** para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. Se solicitará fotocopia de la Disposición de

Inscripción (completa) y del Certificado de Inscripción para profesionales. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014- MSal).

- **Constancia de AFIP.**
- **Nota bancaria** o manuscrita donde detalle **CUIT y CBU** asociado.

-Estimulación temprana se autorizará solamente en un centro categorizado a tal fin para niños/as entre 1 y 3 años.