

	/		/	
--	---	--	---	--

Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 1 - Ingreso al Programa de Discapacidad

### Check List



Certificado Único de Discapacidad (C.U.D.) (copia)	<input type="checkbox"/>
Fotocopia de las dos primeras hojas del DNI/LE/LC/CI/PASAPORTE	<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica	<input type="checkbox"/>
DDJJ	<input type="checkbox"/>

Formulario 020

Recordar que todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación, y las firmas correspondientes.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Apellido y Nombres

\_\_\_\_\_  
Número de Asociado

\_\_\_\_\_  
Número de DNI

### 2 - Prestaciones de Apoyo - Prestadores Individuales

### Check List



<b>Orden Médica:</b> Indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura, solicitado por Neurólogo infantil o Pediatra.		<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica		<input type="checkbox"/>
Constancia de Alumno Regular		<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Nota informando Período Vacacional - Descanso	Formulario 002	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento Bilateral	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
Presupuesto: Prestación de Apoyo	Formulario 006	<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
<b>Datos del prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente*		<input type="checkbox"/>
Título profesional habilitante de quien brinde la prestación (frente y dorso con sellos)		<input type="checkbox"/>
Póliza de seguro por Responsabilidad Civil vigente		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. <b>Debe ser presentado cada seis meses.</b>	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

(\*) En caso de contar con una reinscripción, se deberá presentar también el RNP vencido.

**Recordar que la Orden Médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.**

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (**Formulario 001**). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

**Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.**

	/		/	
--	---	--	---	--

Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 3 - Mod. Apoyo a la Integración Escolar

Check List



<b>Orden Médica:</b> Indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura, solicitado por Neurólogo infantil o Pediatra.		<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica		<input type="checkbox"/>
Constancia de Alumno Regular		<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Nota informando Período Vacacional - Descanso	Formulario 002	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento Bilateral	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
Presupuesto: Mod. Integración Escolar - Mod. Maestro de Apoyo	Formulario 007	<input type="checkbox"/>
Acta acuerdo del apoyo a la Integración Escolar		<input type="checkbox"/>
Adaptaciones Curriculares *		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Constancia de inscripción vigente y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) / Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS)		<input type="checkbox"/>
Póliza de Seguro por Responsabilidad Civil vigente		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. Debe ser presentado cada seis meses.	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

(\*) Las Adaptaciones Curriculares deben estar firmadas por el maestro integrador y por la máxima autoridad del establecimiento de escolaridad común.

**Recordar que la Orden Médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.**

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (**Formulario 001**). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

**Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.**

--	--	--	--	--	--

Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 4 - Mod. Maestro/a de Apoyo

Check List



<b>Orden Médica:</b> Indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura, solicitado por Neurólogo infantil o Pediatra.		<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica		<input type="checkbox"/>
Constancia de Alumno Regular		<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Nota informando Período Vacacional - Descanso	Formulario 002	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento Bilateral	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
Presupuesto: Mod. Integración Escolar - Mod. Maestro de Apoyo	Formulario 007	<input type="checkbox"/>
Acta acuerdo		<input type="checkbox"/>
Adaptaciones Curriculares *		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Título profesional habilitante de quien brinde la prestación <b>DEBE SER DE MAESTRA ESPECIAL O PSICOPEDAGOGIA</b> (frente y dorso con sellos)		<input type="checkbox"/>
Póliza de Seguro por Responsabilidad Civil vigente		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. Debe ser presentado cada seis meses.	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

(\*) Las Adaptaciones Curriculares deben estar firmadas por el maestro integrador y por la máxima autoridad del establecimiento de escolaridad común.

**Recordar que la Orden Médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.**

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (**Formulario 001**). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

**Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.**

/  /   
 Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 5 - Rehabilitación - Instituciones

### Check List



<b>Orden Médica:</b> Indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura, solicitado por Neurólogo infantil o Pediatra.		<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica		<input type="checkbox"/>
Constancia de Alumno Regular		<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Nota informando Período Vacacional - Descanso	Formulario 002	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento Bilateral	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
<b>Presupuesto:</b> Institución de rehabilitación - Instituciones Módulo de Rehabilitación Simple o Intensivo (M.I.S./M.I.I.)	Formulario 008	<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
Medida de Independencia Funcional F.I.M. (en caso de solicitar dependencia)	Formulario 015	<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Constancia de inscripción vigente y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) / Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS)		<input type="checkbox"/>
Póliza de Seguro por Responsabilidad Civil vigente		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. Debe ser presentado cada seis meses.	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

**Recordar que la orden médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.**

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (**Formulario 001**). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

**Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.**

/ /

Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 6 - Transporte

### Check List



<b>Orden Médica:</b> Indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura, solicitado por Neurólogo infantil o Pediatra.		<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica		<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento de Transporte	Formulario 005	<input type="checkbox"/>
Presupuesto de Transporte por Destino	Formulario 012	<input type="checkbox"/>
Medida de Independencia Funcional F.I.M. (en caso de solicitar dependencia)	Formulario 015	<input type="checkbox"/>
Justificación adicional por dependencia (en caso de solicitar dependencia)	Formulario 016	<input type="checkbox"/>
Si el transporte es con dependencia el conductor debe presentar una nota indicando las tareas que realiza que justifican la dependencia	Formulario 017	<input type="checkbox"/>
Mapa MENOR RECORRIDO Google Maps ( <a href="http://www.google.maps.com.ar">www.google.maps.com.ar</a> ), donde se constate la cantidad de kilómetros entre las direcciones o domicilios.		<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Fotocopia Carnet de Conducir Profesional vigente		<input type="checkbox"/>
Fotocopia de la habilitación para transportar pasajeros vigente		<input type="checkbox"/>
VTV - Verificación Técnica Vehicular vigente		<input type="checkbox"/>
Copia Póliza de seguro con declaración de uso comercial y comprobante del último pago del transportista		<input type="checkbox"/>

Recordar que la orden médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (**Formulario 001**). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.

	/		/	
--	---	--	---	--

Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 7 - Centro Educativo Terapéutico (C.E.T.)

Check List



<b>Orden Médica:</b> Indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura, solicitado por Neurólogo infantil o Pediatra.		<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica		<input type="checkbox"/>
Constancia de Alumno Regular		<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento Bilateral	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
Presupuesto: Institución Educativa	Formulario 009	<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
<b>Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)</b>	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
<b>Medida de Independencia Funcional F.I.M.</b> (en caso de solicitar dependencia)	Formulario 015	<input type="checkbox"/>
<b>Justificación adicional por dependencia</b> (en caso de solicitar dependencia)		<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Constancia de inscripción vigente y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) / Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS)		<input type="checkbox"/>
Póliza de Seguro por Responsabilidad Civil vigente		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. Debe ser presentado cada seis meses.	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

Recordar que la Orden Médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (**Formulario 001**). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.

/ /  
Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 8 - Rehabilitación - Estimulación Temprana

### Check List



<b>Orden Médica:</b> Indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura, solicitado por Neurólogo infantil o Pediatra.		<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica		<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Nota informando Período Vacacional - Descanso	Formulario 002	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento Bilateral	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
Presupuesto de prestaciones por rehabilitación - Instituciones para Estimulación Temprana (ET)	Formulario 010	<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Constancia de inscripción vigente y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) / Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS)		<input type="checkbox"/>
Póliza de Seguro por Responsabilidad Civil vigente		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. Debe ser presentado cada seis meses.	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

Recordar que la Orden Médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (Formulario 001). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.

/ /

Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 9 - Rehabilitación - Hospital de Día / Centro de Día

### Check List



<b>Orden Médica:</b> Indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura, solicitado por Neurólogo infantil o Pediatra.		<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica		<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Nota informando Período Vacacional - Descanso	Formulario 002	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento Bilateral	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
Presupuesto: Institución - Rehabilitación Hospital de día/Centro de día	Formulario 011	<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
Medida de Independencia Funcional F.I.M. (en caso de solicitar dependencia)	Formulario 015	<input type="checkbox"/>
Justificación adicional por dependencia (en caso de solicitar dependencia)	Formulario 016	<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Constancia de inscripción vigente y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) / Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS)		<input type="checkbox"/>
Póliza de Seguro por Responsabilidad Civil vigente		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. Debe ser presentado cada seis meses.	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

Recordar que la Orden Médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (**Formulario 001**). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.

--	--	--	--	--	--

Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 10 - Escuela Especial / Formación Laboral

### Check List



<b>Orden Médica:</b> Indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura, solicitado por Neurólogo infantil o Pediatra.		<input type="checkbox"/>
<b>Resumen de Historia Clínica</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Cronograma de Actividades</b>	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
<b>Conformidad Prestación</b>	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
<b>Consentimiento Bilateral</b>	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
<b>Presupuesto: Institución Educativa</b>	Formulario 009	<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
<b>Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)</b>	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
<b>Medida de Independencia Funcional F.I.M. (en caso de solicitar dependencia) (2 hojas)</b>	Formulario 015	<input type="checkbox"/>
<b>Justificación Adicional por Dependencia (en caso de solicitar dependencia)</b>	Formulario 016	<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
<b>Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Constancia de CBU</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Constancia de inscripción vigente y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) / Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS)</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Póliza de Seguro por Responsabilidad Civil vigente</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. Debe ser presentado cada seis meses.	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

Recordar que la Orden Médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (Formulario 001). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.

--	--	--	--	--	--

Fecha

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

### 11 - Cambio de Prestador - Prestadores Individuales

Check List



Nota de Solicitud de Cambio de Prestador	Formulario 018	<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento Bilateral	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
Presupuesto: Prestación de Apoyo	Formulario 006	<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente *		<input type="checkbox"/>
Título Profesional Habilitante de quien brinde la prestación (frente y dorso con sellos)		<input type="checkbox"/>
Póliza de Seguro por Responsabilidad Civil vigente		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. <b>Debe ser presentado cada seis meses.</b>	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

(\*) En caso de contar con una reinscripción, se deberá presentar también el RNP vencido.

Recordar que la Orden Médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (**Formulario 001**). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.

/	/
---	---

Fecha

Apellido y Nombres	
Número de Asociado	Número de DNI

### 12 - Cambio de Prestador - Instituciones

Check List



Nota de Solicitud de Cambio de Prestador	Formulario 018	<input type="checkbox"/>
Cronograma de Actividades	Formulario 001	<input type="checkbox"/>
Conformidad Prestación	Formulario 003	<input type="checkbox"/>
Consentimiento Bilateral	Formulario 004	<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evaluativo:</b> Se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando se cambie de profesional tratante. Deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.	Formulario 013	<input type="checkbox"/>
Modelo de Plan de Trabajo (instituciones/profesionales)	Formulario 014	<input type="checkbox"/>
Presupuesto según corresponda		<input type="checkbox"/>
<b>Datos del Prestador:</b>		
Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)		<input type="checkbox"/>
Constancia de CBU		<input type="checkbox"/>
Constancia de inscripción vigente y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) / Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS)		<input type="checkbox"/>
Póliza de Seguro por Responsabilidad Civil vigente		<input type="checkbox"/>
<b>Informe Evolutivo:</b> Debe constar el período de abordaje, la modalidad en que se realizó el tratamiento, descripción de las intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo, y los resultados alcanzados. Debe ser presentado cada seis meses.	Formulario 019	<input type="checkbox"/>

Recordar que la Orden Médica y todos los formularios deben tener fecha previa al inicio de la prestación y las firmas correspondientes.

Todos los pedidos de prestaciones anuales que se realizan deben ser acompañados por el cronograma de actividades (**Formulario 001**). Dicho cronograma debe reflejar de forma exacta las actividades, puesto que se tiene en cuenta para el análisis de las prestaciones a brindar.

Cada vez que el cronograma se modifique, se debe volver a completar y enviar.