

Instructivo | Discapacidad

Prestaciones de rehabilitación

Índice

1. [Prestaciones de rehabilitación](#)
2. [Profesionales independientes](#)
3. [Estimulación temprana](#)
4. [Anexo 6A](#)
5. [Anexo 6B](#)
6. [Anexo 7](#)
7. [Informe de admisión](#)
8. [Informe evolutivo](#)

Instructivo para cobertura de prestaciones del sistema básico para personas con Discapacidad.

1. PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

TRATAMIENTOS AMBULATORIOS: pueden realizarse en instituciones categorizadas o con profesionales independientes.

Es importante tener en cuenta que **no** se autorizarán tratamientos de rehabilitación de carácter ambulatorio con una cantidad de sesiones de forma ilimitada debido a que las normativas de la Superintendencia de Servicios de Salud modulan estos tratamientos.

Si se trata de:

Instituciones categorizadas:

1- Orden médica: la misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de afiliado/a, diagnóstico y período de cobertura del tratamiento a seguir (año calendario) y con fecha de prescripción anterior al periodo solicitado.

Por ejemplo: "solicito módulo integral simple: psicología 1 sesión semanal – fonoaudiología 1 sesión semanal – kinesiología 1 sesión semanal desde enero a diciembre 2026".

2- Consentimiento (**Anexo 6 "A" Instituciones**).

3- Presupuesto (**Anexo 7**).

4- Plan de tratamiento original acorde al estado clínico del/la paciente con objetivos concretos y reales.

5- Informe final evolutivo (del período anterior finalizado) o informe de admisión (ver modelos)

6- Constancia de inscripción en ARCA.

7- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de rehabilitación, estimulación temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal

2. PROFESIONALES INDEPENDIENTES

1- Orden médica: la misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de afiliado/a, diagnóstico y período de cobertura del tratamiento a seguir (año calendario) y con fecha de prescripción anterior al periodo solicitado.

Por ejemplo: "solicito fonoaudiología 2 sesiones semanales desde enero a diciembre 2026".

2- Consentimiento (**Anexo 6 "B" profesionales independientes**).

3- Presupuesto (**Anexo 7**).

4- Informe final evolutivo o informe de admisión.

5- 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.

6- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.

7- Constancia de inscripción de ARCA.

3. ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Pueden realizarla en instituciones categorizadas hasta los 4 años de edad.

1- Orden médica: la misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de beneficiario/a, diagnóstico y período de cobertura del tratamiento a seguir (año calendario) y con fecha de prescripción anterior al periodo solicitado.

Por ejemplo: “solicito módulo de estimulación temprana de enero a diciembre 2026”.

2- Consentimiento (**Anexo 6 “A” Instituciones**).

3- Presupuesto (**Anexo 7**).

4- Informe final evolutivo (del período anterior finalizado) o informe de admisión.

5- 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.

6- Constancia de inscripción en ARCA.

7- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de rehabilitación, estimulación temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSa)

4. ANEXO 6A

ANEXO 6A INSTITUCIONES PLAN DE CONSENTIMIENTO					
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN		 / /			
PRESTADOR					
Razón Social:					
Domicilio de atención:					
Localidad/Provincia: Teléfono:					
BENEFICIARIA/O					
Apellido/s y nombre/s: DNI - LC - LE:					
PRESTACIONES A BRINDAR (SEGÚN MECANISMOS DE INTEGRACIÓN)					
.....					
.....					
.....					
Tipo de jornada: Simple ☐ Doble ☐ Dependencia (S/N)					
Matrícula: \$ Monto mensual: \$ Categoría:					
Período ciclo lectivo: Desde Hasta					
CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia)					
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
De: horas.	De: horas.	De: horas.	De: horas.	De: horas.	De: horas.
A: horas.	A: horas.	A: horas.	A: horas.	A: horas.	A: horas.
EN CASO DE DEPENDENCIA, INDICAR LOS APOYOS BRINDADOS:					
.....					
.....					
.....					
..... Firma responsable de la Institución			 Aclaración		
CONSENTIMIENTO					
Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario/a					
..... DNI: N° de beneficiario/a					
..... Firma beneficiario/a o representante		 Aclaración		 DNI firmante	
..... Lugar y fecha de consentimiento					

F. 7006-A

5. ANEXO 6B

6-B CONSENTIMIENTO		 La Obra Social de UTEDYC			
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN		____/____/____			
PRESTADOR					
Razón Social: _____					
Domicilio de atención: _____					
Localidad/Provincia: _____ Teléfono: _____					
BENEFICIARIA/O					
Apellido y nombre: _____ DNI - LC - LE: _____					
PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD (SEGÚN MECANISMOS DE INTEGRACIÓN)					
Cantidad de sesiones: _____ Monto sesión: \$ _____ Monto mensual: \$ _____					
Período ciclo lectivo: Desde _____ Hasta _____					
CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia)					
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____
ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____
ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____
ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____
OBSERVACIONES:					
_____ _____ _____					
_____ Firma responsable de la Institución			_____ Aclaración		
CONSENTIMIENTO					
Por la presente dejo constancia de mi consentimiento del programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiaria/o					
_____ DNI: _____ N° de beneficiaria/o _____					
_____ Firma beneficiario o representante		_____ Aclaración		_____ DNI firmante	

F. 7006B

6. ANEXO 7

ANEXO 7 PRESUPUESTO DE PRESTADOR		 La Obra Social de UTEDYC			
FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____					
BENEFICIARIA/O					
Apellido/s y nombre/s: _____ DNI: _____					
Prestación/especialidad: _____					
Tipo de jornada a realizar: _____					
Categoría: _____					
Período: _____ Monto mensual: \$ _____ Monto por sesión: \$ _____					
CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia)					
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas
A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas
PRESTADOR					
Apellido/s y nombre/s o entidad: _____					
Domicilio de atención: _____ Teléfono: _____					
Correo electrónico: _____					
CBU (22 dígitos): _____ Tipo de cuenta: Caja de ahorro ☐ Cuenta corriente ☐					
Banco: _____ CUIT: _____					
Condición frente al IVA: _____ Ingresos brutos: _____					
Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí referidos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.					
_____ Firma y sello			_____ Aclaración		

F. 7007

7. INFORME DE ADMISIÓN

DISCAPACIDAD INFORME DE ADMISIÓN		 La Obra Social de UTEDYC
Fecha: ____/____/____		
Datos del/la beneficiario/a: _____		
Teléfono celular: _____		Email: _____
Solicita la derivación: _____ (Nombre del Profesional / Institución)		
Motivo de la consulta: _____ _____ _____		
Estudios/antecedentes: _____ _____ _____		
Técnicas de evaluación: _____ _____ _____		
Encuadre terapéutico: _____ _____ _____		
Aportes profesionales a tener en cuenta: _____ _____ _____		
_____ Firma y sello del/la profesional		

8. INFORME EVOLUTIVO

DISCAPACIDAD INFORME DE EVOLUTIVO



Fecha: ____/____/____

Datos del/la beneficiario/a: _____

Teléfono celular: _____ Email: _____

Fecha de comienzo de la prestación: ____/____/____

CONCURRENCIAS:

Tipo de jornada	Cantidad de sesiones
-----------------	----------------------

Objetivos obtenidos/fortalezas adquiridas: _____

Debilidades a trabajar: _____

Herramientas/estrategias utilizadas: _____

Aporte profesional a tener en cuenta: _____

Firma y sello del/la profesional

