

# Solicitud de las prestaciones para Estimulación Temprana



## REQUERIMIENTOS PARA EL BENEFICIARIO/A

Certificado de Discapacidad vigente.

Estimulación Temprana es un proceso terapéutico-educativo que promueve y favorece el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño/niña con discapacidad. Periodo que corresponde de 1 a 3 años

Durante el 1er año de vida, las prestaciones se encuentran incluidas en el Plan Materno Infantil, a partir de los 2 años se autorizará la prestación de Estimulación Temprana

### MODIFICACIONES EN LA PRESTACIÓN.

Para un adecuado asesoramiento, en caso de requerir cambio de prestador o modalidad prestacional, le solicitamos comunicarse por email a: [discapacidad.ostel@gmail.com](mailto:discapacidad.ostel@gmail.com)

NOTA: la documentación que se envíe por correo debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido.



## REQUERIMIENTOS PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

**1 *Resumen de Historia Clínica (protocolo en adjunto)***

**2 *Prescripción médica indicar periodo de la prestación.***

Debe ser original.

- Deberá contener: Nombre del/a Afiliado/a, DNI, Diagnóstico/s

# Resumen de Historia Clínica

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI:

Nro. Afiliado:

Edad:

Diagnóstico:

Informe Integral de la condición de salud:

Descripción de las prestaciones que recibe actualmente:

Firma y sello del profesional





## REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

Se autorizará Estimulación Temprana a centros especializados Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y Categorización acreditada por la ANDIS

Atención ambulatoria individual con participación activa del grupo familiar.  
Comprende hasta 3 sesiones semanales

Para el comienzo de una nueva prestación se solicitará: Presentación de informe de evaluación inicial de tratamiento, con un plan de abordaje individual detallando período, modalidad, objetivos específicos de tratamiento, estrategias de intervención.

En caso de renovación de tratamiento, se solicitará un informe evolutivo con las intervenciones realizadas, los resultados alcanzados, con qué núcleo de apoyos contó y el período de abordaje. Plan de abordaje individual detallando período, modalidad, objetivos específicos de tratamiento, estrategias de intervención.

Informes de evolución semestral: describir logros de objetivos y nuevas estrategias terapéuticas.

Presentación de presupuesto prestacional en original (en adjunto) con los siguientes datos:

- ✓ Modalidad de la prestación
- ✓ Detalle de días específicamente los días de la semana de atención
- ✓ Importe mensual.

Completar la planilla de conformidad anual firmada por terapeuta y familia (en adjunto)

Firma de la planilla mensual de asistencia (en adjunto)

Completar Planilla CBU (en adjunto)

## PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión ____ / ____ / ____
Razón Social del Prestador: _____
CUIT: _____
Domicilio donde se realiza la prestación: _____
Correo Electrónico del 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:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:



**CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023**

Fecha: .../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento

Tipo

(.....) No....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación

Se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la 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 detalladas precedentemente.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....



Planilla de asistencia mensual Obra Social del Personal de Telecomunicaciones de la República Argentina

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PRESTADOR:

PRESTACIÓN:

MES:

AÑO:

	FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	ACLARACION O SELLO DEL PRESTADOR	FIRMA DEL AFILIADO	ACLARACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					



31					
----	--	--	--	--	--

*La información descripta precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades de los arts. 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.*

Planilla CBU

Sres OSTEL:

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones de discapacidad 2023 de acuerdo a lo establecido por Res 406/2016

Prestador.....

Prestador de vuestra Beneficiaria/o:.....

Nro de CUIT/CUIL.....

Cuenta Bancaria Nro.....

Entidad Bancaria.....

Nro CBU.....

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado





## REQUERIMIENTOS PARA LA FACTURACIÓN

La factura o recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (CUIT 30-60871639-0 y Nombre)

Presentación mensual (*del 01 al 10 de cada mes*).

Presentar planilla de asistencia mensual.

- La facturación se debe enviar al correo: [integracion.ostel@gmail.com](mailto:integracion.ostel@gmail.com) en formato PDF emitido por AFIP

### **La factura deberá presentarse con los siguientes datos:**

- Nombre del beneficiario y DNI
- Indicar prestación y período
- importe total

El recibo deberá contener: Nro. de factura que cancela.

