



El legajo consta de 3 partes principales

- 1 Documentación Personal
- 2 Documentación Médico Tratante
- 3 Documentación Prestador/ Transporte



METODOLOGÍA DE LINEAMIENTOS GENERALES

¡Estimado afiliado, un gusto estar en contacto nuevamente!. La presente guía tiene por finalidad informar los plazos y formas de presentación para la renovación/ iniciación de los tratamientos para personas con discapacidad 2026.

El trámite se realiza una sola vez por afiliado, incluyendo **TODAS** las terapias proyectadas para 2026 (incluida la documentación de transporte en los casos que corresponda). **No se recibirán tratamientos parciales.**

La documentación solicitada queda sujeta a modificaciones establecidas por la Superintendencia de Salud y/o entes oficiales

Cabe destacar que el profesional médico que prescribe los tratamientos es el responsable desde el punto de vista legal por los efectos de dichos tratamientos sobre el paciente por lo que se sugiere indicarlos con la debida justificación científica.

¿Cuándo se presenta el legajo?

La presentación de la solicitud correspondiente al ciclo 2026, debe realizarse hasta 30 días antes al comienzo de la prestación.

¿Cómo envío el legajo?

1. El Legajo debe seguir el orden establecido en la Hoja de Verificación. El mismo deberá incluir la documentación de todas las prestaciones proyectadas para el año 2026.
2. El envío del legajo es de manera digitalizada y LEGIBLE a <https://centroneuroscba.com.ar/discapacidad/> donde se les pedirán todos los datos para que vaya completando y adjuntando las diferentes planillas.
3. Los formularios deben estar completos en todos sus campos con una letra clara y legible incluyendo el sello del profesional tratante. En caso de que la documentación tenga enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra debe ser salvado por el profesional.
4. **Los únicos modelos de planillas y pedidos médicos válidos serán los disponibles en nuestro Portal de Discapacidad**
5. El único canal de recepción habilitado es el Portal Discapacidad de nuestra página web institucional (no nos hacemos responsables de la documentación enviada por otra vía).

<https://centroneuroscba.com.ar/discapacidad/>

¿Qué pasa si el legajo está incompleto o con errores?

De encontrar el legajo incompleto o con inconsistencias, nos comunicaremos e informaremos al mail registrado, las observaciones correspondientes. Debiendo completar nuevamente el formulario con el legajo COMPLETO.

¿Cómo es el proceso de auditoría?

Una vez recepcionado/a, será evaluado/a por auditoría médica quien, en caso de ser necesario, solicitará una evaluación del paciente con el equipo interdisciplinario de discapacidad.

La autorización del tratamiento será enviada por correo electrónico al titular de la cobertura.

La cobertura será a partir de la fecha de autorización realizada por la auditoría médica de La Caja de Servicios Sociales de Santa Cruz.

Los prestadores no podrán iniciar con el tratamiento antes de contar con su Autorización y no se reconocerán facturas de períodos anteriores a la emisión de su Autorización.

¿Qué pasa si hay modificación de tratamiento?

1. Cambio en cantidad de terapias: En caso de incorporarse una nueva prestación y/o realizarse una modificación sobre un tratamiento que ya fue autorizado, deberán presentar **Resumen de Historia clínica y pedido médico actualizado detallando el motivo del cambio, con una anterioridad de 30 días a su inicio.**
2. Cambio de Prestador: Deberá completar el Formulario específico de “Cambio prestador” disponible en el portal Discapacidad con toda la documentación pertinente al nuevo prestador con una anterioridad de 30 días de su inicio.

Se autorizarán hasta dos cambios de prestador por año con la debida justificación

Documentación **PERSONAL**



DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

RESPETAR EL ORDEN ESTABLECIDO SEGÚN HOJA DE VERIFICACIÓN

AFILIADO

- 01 | Certificado único de discapacidad vigente
- 02 | Planilla de datos personales completa en todos sus ítems con datos actualizados.
- 03 | Cronograma completo de actividades.
- 04 | Formulario de declaración jurada de posesión de vehículos con franquicia por discapacidad.
- 05 | Certificado de domicilio expedido por policía (sólo para cobertura de transporte). Debe ser del lugar donde reside la persona con discapacidad
- 06 | Conformidad de prestación: firmado por el padre, madre tutor o encargado y por cada uno de los profesionales actuantes o el responsable de la institución. Según modelo propuesto sin excepción.

Documentación del **MÉDICO**



DOCUMENTACION A SOLICITAR AL MEDICO TRATANTE

01

Resumen de Historia clínica: con fecha anterior al comienzo de las prestaciones. El documento debe detallar evolución del paciente, desde sus comienzos hasta la actualidad. Deberán ser legibles el nombre apellido y N° de matrícula del médico actuante.

02

Prescripción médica de las especialidades solicitadas: con fecha anterior al comienzo de la prestación. No puede ser realizada por un médico de la institución en la que realizará el tratamiento. Sólo se permiten prescripciones de médicos neurólogos y médicos fisiatras.

03

FIM: firmado por fisiatra. En caso de solicitar dependencia para centro educativo terapéutico o centro de día, debe ser confeccionado por Lic. en Terapia Ocupacional.

Documentación del **PRESTADOR**



DOCUMENTACIÓN A SOLICITAR A LOS PROFESIONALES/INSTITUCIONES

01

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.

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.

02

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.

03

Presupuesto prestacional: según modelo propuesto sin excepción.

04

Fotocopia del título habilitante del profesional, de ambos lados.

05

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)

06

Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N°1328/06-MSalud).

07

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

- 08 | Categorización de la provincia (solo en los casos que facture un centro habilitado).
- 09 | Habilitación RU.GE.PRE.SA vigente (solo en los casos que factura un centro habilitado)
- 10 | Constancia de inscripción en AFIP con fecha actualizada vigente.
- 11 | Póliza de seguro o póliza de mala praxis.
- 12 | Constancia de C.B.U. emitida por el banco, REQUISITO INDISPENSABLE PARA EFECTUAR EL PAGO. No se admiten otros tipos o formas de comprobantes. Debe relacionar el número de C.B.U. con el detalle del titular de la cuenta. El titular de la cuenta debe ser la misma persona física/jurídica que brinde la prestación.
- 13 | Conformidad pago prestador.

TRATAMIENTO INTEGRAL

Como resultado de la unificación de la documentación Personal, Medica y del prestador logran presentar el LEGAJO DISCAPACIDAD 2026 completo. A continuación, detallaremos los documentos necesarios para la AUTORIZACION de cada prestación.

Apoyo a la Integración en Equipo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, solo se brindara en escuelas o jardín de infantes que estén adscriptas a la enseñanza oficial en el Ministerio de Educación.

Integración Escolar		
1. Pedido Médico	https://goo.su/UTtBdJy	<input type="checkbox"/>
2. Constancia de Alumno Regular		<input type="checkbox"/>
3. Conformidad Prestacional	https://goo.su/ZLNS8T	<input type="checkbox"/>
4. Informe Evaluación Inicial 2026	(solo en caso de inicio de nueva prestación)	<input type="checkbox"/>
5. Informe Evolutivo 2025		<input type="checkbox"/>
6. Plan de Abordaje Individual 2026		<input type="checkbox"/>
7. Acta de Acuerdo: firmada por escuela, padres e integradora		<input type="checkbox"/>
8. PPI - Proyecto pedagógico Individual para la Inclusión, firmado integradora, docente y/ o directora		<input type="checkbox"/>
9. Presupuesto SAIE	https://goo.su/VAeS3	<input type="checkbox"/>
10. Inscripción en RNP SSSalud		<input type="checkbox"/>
11. Categorización		<input type="checkbox"/>
12. Habilitación Rugepresa vigente		<input type="checkbox"/>
13. Póliza de Seguro vigente		<input type="checkbox"/>
14. Constancia de ARCA		<input type="checkbox"/>
15. Constancia CBU emitida por el Banco		<input type="checkbox"/>
16. Conformidad Pago Prestador	https://goo.su/BkIM	<input type="checkbox"/>

Maestra de Apoyo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Esta modalidad puede ser brindada por maestra/o especial o psicopedagogo/a.

El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar simultáneamente terapias ambulatorias al mismo paciente.

Maestra de Apoyo		
1. Pedido Médico	https://goo.su/UTtBdJy	<input type="checkbox"/>
2. Constancia de Alumno Regular		<input type="checkbox"/>
3. Conformidad Prestacional	https://goo.su/ZLNS8T	<input type="checkbox"/>
4. Informe Evaluación Inicial 2026	(solo en caso de inicio de nueva prestación)	<input type="checkbox"/>
5. Informe Evolutivo 2025		<input type="checkbox"/>
6. Plan de Abordaje Individual 2026		<input type="checkbox"/>
7. Acta de Acuerdo: firmada por escuela, padres e integradora		<input type="checkbox"/>
8. PPI - Proyecto pedagógico Individual para la Inclusión, firmado integradora, docente y/ o directora		<input type="checkbox"/>
9. Presupuesto Maestra de Apoyo	https://goo.su/7FLVQ	<input type="checkbox"/>
10. Foto del Título Profesional de ambos lados		<input type="checkbox"/>
11. Certificado analítico de materias aprobadas		<input type="checkbox"/>
12. Póliza de Seguro vigente		<input type="checkbox"/>
13. Constancia de ARCA		<input type="checkbox"/>
14. Constancia CBU emitida por el Banco		<input type="checkbox"/>
15. Conformidad Pago Prestador	https://goo.su/BkIM	<input type="checkbox"/>

Módulo de Rehabilitación: Centro Categorizado

Módulo de Rehabilitación		
1. Pedido Médico	https://goo.su/UTtBdJy	<input type="checkbox"/>
2. Conformidad Prestacional	https://goo.su/j58M8Z	<input type="checkbox"/>
3. Informe Evaluación Inicial 2026	(solo en caso de inicio de nueva prestación)	<input type="checkbox"/>
4. Informe Evolutivo 2025		<input type="checkbox"/>
5. Plan de Abordaje Individual 2026		<input type="checkbox"/>
6. Presupuesto Prestacional	https://goo.su/4emQAr	<input type="checkbox"/>
7. Inscripción en RNP SSSalud		<input type="checkbox"/>
8. Categorización		<input type="checkbox"/>
9. Habilitación Rugepresa vigente		<input type="checkbox"/>
10. Póliza de Seguro vigente		<input type="checkbox"/>
11. Constancia de ARCA		<input type="checkbox"/>
12. Constancia CBU emitida por el Banco		<input type="checkbox"/>
13. Conformidad Pago Prestador	https://goo.su/BkIM	<input type="checkbox"/>

- **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 por el prestador.
- **Informe evolutivo de la prestación:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados, firmado por el prestador.
- **Plan de abordaje individual:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención, firmado por el prestador.

Prestación de Apoyo

Se entiende por prestaciones de apoyo a aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal.

Prestación de Apoyo		
1. Pedido Médico	https://goo.su/UTtBdJy	<input type="checkbox"/>
2. Conformidad Prestacional	https://goo.su/ZLNS8T	<input type="checkbox"/>
3. Informe Evaluación Inicial 2026 (solo en caso de inicio de nueva prestación)		<input type="checkbox"/>
4. Informe Evolutivo 2025		<input type="checkbox"/>
5. Plan de Abordaje Individual 2026		<input type="checkbox"/>
6. Presupuesto Prestacional	https://goo.su/alxyq	<input type="checkbox"/>
7. Inscripción en RNP SSSalud		<input type="checkbox"/>
8. Foto del Título Profesional de ambos lados		<input type="checkbox"/>
9. Póliza de Seguro vigente		<input type="checkbox"/>
10. Constancia de ARCA		<input type="checkbox"/>
11. Constancia CBU emitida por el Banco		<input type="checkbox"/>
12. Conformidad Pago Prestador	https://goo.su/BkIM	<input type="checkbox"/>

- **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 por el prestador.
- **Informe evolutivo de la prestación:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y resultados alcanzados, firmado por el prestador.
- **Plan de abordaje individual:** deberá detallar periodo de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos y estrategias a utilizar en la intervención, firmado por el prestador.

Estimulación Temprana

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 beneficiarios de 1 a 4 años de edad cronológica y eventualmente hasta los 6 años.

Solo será reconocida en Centros de Estimulación Temprana categorizados para tal fin por el servicio Nacional de Rehabilitación.

Estimulación Temprana		
1. Pedido Médico	https://goo.su/UTtBdJy	<input type="checkbox"/>
2. Conformidad Prestacional	https://goo.su/ZLNS8T	<input type="checkbox"/>
3. Informe Evaluación Inicial 2026	(solo en caso de inicio de nueva prestación)	<input type="checkbox"/>
4. Informe Evolutivo 2025		<input type="checkbox"/>
5. Plan de Abordaje Individual 2026		<input type="checkbox"/>
6. Presupuesto Prestacional	https://goo.su/hbD9R5I	<input type="checkbox"/>
7. Inscripción en RNP SSSalud		<input type="checkbox"/>
8. Categorización		<input type="checkbox"/>
9. Habilitación Rugepresa vigente		<input type="checkbox"/>
10. Póliza de Seguro vigente		<input type="checkbox"/>
11. Constancia de ARCA		<input type="checkbox"/>
12. Constancia CBU emitida por el Banco		<input type="checkbox"/>
13. Conformidad Pago Prestador	https://goo.su/BkIM	<input type="checkbox"/>

Centro de día / Centro Educativo Terapéutico / Escuela Especial

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

En caso de solicitar dependencia para las prestaciones Centro de Día, y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.

Centro de Día Centro Educativo Terapéutico/ Escuela Especial		
1. Pedido Médico	https://goo.su/UTtBdJy	<input type="checkbox"/>
2. Conformidad Prestacional	https://goo.su/ZLNS8T	<input type="checkbox"/>
3. Informe Evaluación Inicial 2026 (solo en caso de inicio de nueva prestación)		<input type="checkbox"/>
4. Informe Evolutivo 2025		<input type="checkbox"/>
5. Plan de Abordaje Individual 2026		<input type="checkbox"/>
6. Presupuesto Prestacional	https://goo.su/bWn348	<input type="checkbox"/>
7. Inscripción en RNP SSSalud		<input type="checkbox"/>
8. Categorización		<input type="checkbox"/>
9. Habilitación Rugepresa vigente		<input type="checkbox"/>
10. Póliza de Seguro vigente		<input type="checkbox"/>
11. Constancia de ARCA		<input type="checkbox"/>
12. Constancia CBU emitida por el Banco		<input type="checkbox"/>
13. Conformidad Pago Prestador	https://goo.su/BkIM	<input type="checkbox"/>

Transporte

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia (declarado en el certificado de domicilio) hasta el lugar de atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo con lo previsto en la Ley 24.314, art 22 inc a).

De acuerdo con Res. 1192/15 MS, la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de geolocalización utilizado. El informe médico (sujeto a evaluación) deberá avalar:

- 1) La necesidad de concurrencia al establecimiento y/o prestador seleccionado y la frecuencia de asistencia que motive dicho requerimiento.
- 2) En caso de solicitar dependencia para la prestación de Transporte Especial se reconocerá cuando la edad del beneficiario sea mayor igual a 6 años, el pedido deberá estar acompañado de la justificación confeccionada por médico tratante e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.

Transporte		
1. Pedido Médico	https://goo.su/JsQs	<input type="checkbox"/>
2. Conformidad Transporte	https://goo.su/cMgqKEF	<input type="checkbox"/>
3. Certificado de domicilio actualizado		<input type="checkbox"/>
4. DDJJ de posesión de vehículos	https://goo.su/pC52FE	<input type="checkbox"/>
5. Presupuesto Transporte	https://goo.su/RTaiLB0	<input type="checkbox"/>
6. Mapa de recorrido		<input type="checkbox"/>
7. Habilitación Rugepresa vigente		<input type="checkbox"/>
8. I.T.V/ R.T.O. 8		<input type="checkbox"/>
9. Carnet/ Licencia de Conducir		<input type="checkbox"/>
10. Póliza de Seguro vigente		<input type="checkbox"/>
11. Constancia de ARCA		<input type="checkbox"/>
12. Constancia CBU emitida por el Banco		<input type="checkbox"/>
13. Conformidad Pago Prestador	https://goo.su/BkIM	<input type="checkbox"/>

Transporte con Dependencia

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Tabla FIM https://goo.su/mRJZZLn | <input type="checkbox"/> |
| 2. Detalle de los apoyos específicos que brindara el acompañante | <input type="checkbox"/> |
| 3. Datos acompañante (no puede ser el mismo que el transportista) | <input type="checkbox"/> |
| 4. DNI | <input type="checkbox"/> |
| 5. Certificado de buena conducta | <input type="checkbox"/> |
| 6. Certificado de primeros auxilios | <input type="checkbox"/> |