

## HOJA DE VERIFICACIÓN

### DOCUMENTACION PARA TRATAMIENTOS 2026 DE NUEVOS BENEFICIARIOS

Se debe presentar toda la documentación vía digital en archivos pdf, separados y nombrados con título de referencia (por ejemplo, DNI, HC, Presupuesto Esc., Integración Esc, Escuela) Todos los archivos se tienen que poder leer en forma legible y vertical

En **ASUNTO** se debe escribir el **APELLIDO Y NOMBRE** del beneficiario y  
**DOCUMENTACIÓN 2026 NUEVO BENEFICIARIO**

<p>DOCUMENTACIÓN PERSONAL DEL BENEFICIARIO (para todos los casos) Tildar lo que corresponda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>Certificado de Discapacidad Vigente</b></li> <li><input type="radio"/> <b>Ultimo recibo de sueldo</b> (Beneficiarios Activos en relación de dependencia) / <b>Fotocopia del último comprobante de cobro de del seguro de desempleo</b> (Beneficiarios con Fondo de Desempleo)</li> <li><input type="radio"/> Anexo 21 <b>Inicio de Trámite</b></li> <li><input type="radio"/> <b>Constancia de Alumno Regular</b> (que conste nro. de CUE y datos del Establecimiento Educativo) (para beneficiarios escolarizados)</li> <li><input type="radio"/> <b>Anexo III Conformidad de las prestaciones/ Transporte</b></li> </ul>
<p>DOCUMENTACIÓN DEL MÉDICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Anexo 22 Resumen Historia Clínica</li> <li><input type="radio"/> Indicación médica original de cada prestación (ver Anexo 24 con Ejemplos) Justificación Medica para la solicitud del transporte.</li> <li><input type="radio"/> Anexo 23 Planilla FIM (sólo si corresponde) (Firmada por el Médico Tratante)</li> </ul>
<p>DOCUMENTACIÓN DEL PRESTADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Anexo 25-26-27 Presupuesto firmado por familia y profesional</li> <li><input type="radio"/> Anexo 28 Informe Inicio y Plan de tratamiento 2026 (Verificar que en el Plan de tto. Se encuentren las estrategias de De abordaje para el logro de objetivos)</li> <li><input type="radio"/> Título Habilitante (si es profesional independiente)</li> <li><input type="radio"/> Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Salud (si es profesional independiente)</li> <li><input type="radio"/> Categorización vigente del Servicio Nacional de Rehabilitación otorgada por ANDIS (si es una institución)</li> <li><input type="radio"/> Anexo 29 Acta Acuerdo (si es Integración Escolar/ Maestra de Apoyo)</li> <li><input type="radio"/> Adaptaciones Curriculares/Plan de trabajo individual para el logro de objetivos (Integración Escolar / Maestra de Apoyo)</li> <li><input type="radio"/> Constancia de CBU</li> </ul>
<p>DOCUMENTACION PARA EL TRANSPORTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Mapa del recorrido de transporte (Google Maps firmado por madre, Padre o tutor y transportista)</li> <li><input type="radio"/> JUSTIFICACION MEDICA TRANSPORTE PRIVADO</li> <li><input type="radio"/> Habilitación actualizada de la empresa y vehículo que realiza el Trabajo / Seguro y registros vigentes/ vtv</li> <li><input type="radio"/> Constancia de CBU</li> </ul>