

## PRESTACIONES EDUCATIVAS – TERAPÉUTICAS

(En caso de Escuelas Especiales, apoyo a la integración, maestra de apoyo, form. Laboral, centro de día, CET, hogares, etc)

- El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR/A y NO OBLIGA a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN.
- LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN NO SIGNIFICA AUTORIZACIÓN NI COBERTURA SOLICITADA.
- La documentación debe ser enviada por la familia vía mail a [anabalado57@gmail.com](mailto:anabalado57@gmail.com) de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF, por prestación, y en un mismo mail para poder proceder con la auditoría.
- Podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.
- Solo se recibe documentación VIA E-MAIL. No se recibe en papel físico. Sólo digital.
- Toda documentación debe ser enviada sin enmiendas, tachaduras, correcciones.
- NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.

## CONDICIONES GENERALES

- La fecha de confección/emisión de los documentos debe ser anterior al inicio del tratamiento.
- Deberá existir coincidencia entre resumen de historia clínica, orden médica, plande tratamiento y presupuesto.
- Todos los anexos deben estar completos en su totalidad. Sólo debe figurar DNI. (NO N° de afiliado/a ni Obra Social).
- En caso de realizar un cambio de prestador/esquema terapéutico, se deberá presentar nuevamente la documentación del nuevo prestador/institución/tratamiento. Además, se deberá adjuntar nota explicando el motivo del cambio, fecha de baja de prestador/a y fecha de alta del nuevo prestador/a.
- La documentación no debe tener cambios de tinta y letra. En caso de existir, se deberá salvar la enmienda con firma y sello.
- La Obra Social NO podrá dar cobertura a profesionales o instituciones que no se Encuentren inscritos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP).

El área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluarla cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

## A. Escuela especial / Formación Laboral / CET y Centro de día / Hogares

- Constancia de alumno regular con Clave Única Educativa (CUE). Presentarlo antes de Marzo 2023
- Presupuesto y consentimiento informado. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).  
Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
- Plan de tratamiento- abordaje individual: Período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.  
Informe de evaluación inicial: exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.  
Informe evolutivo de la prestación: donde conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados).  
(COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Registro Nacional de Prestadores (RNP) VIGENTE
- Constancia de inscripción de cada profesional o institución en AFIP
- Constancia de IIBB (ingresos brutos). En caso de ser exento, presentar constancia.
- Póliza de seguro de Mala Práxis
- Formulario Planilla CBU (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

**Nota: Para las prestaciones de Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar: Informe social, que avale su necesidad, emitido por Licenciado en Trabajo Social.**

## B. Módulo Maestra/o de apoyo (Psicopedagogo/a o maestro/a especial)

- Constancia de alumno regular con Clave Única Educativa (CUE). (Presentar antes de MARZO 2023)
- Presupuesto y consentimiento informado. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).  
Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
- Plan de tratamiento- abordaje individual: Período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.  
Informe de evaluación inicial: Exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.  
Informe evolutivo de la prestación: Donde conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados).  
(COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Proyecto de Integración - Adaptación curricular. En caso de que no sea presentada, no se efectuarán los pagos correspondientes o será discontinuada la prestación. Deberá contener:
  - Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)
  - Domicilio donde se brinda la prestación
  - Datos de la escuela: nombre, dirección, grado, turno de asistencia
- Acta acuerdo de integración de Maestra de apoyo- a entregar dentro de los 60 días corridos una vez iniciado el ciclo lectivo (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Título habilitante universitario y/o terciario. Certificado analítico.
- Registro Nacional de Prestadores (RNP) VIGENTE
- Constancia de inscripción de cada profesional o institución en AFIP

- Constancia de IIBB (ingresos brutos). En caso de ser exento, presentar constancia.  
Póliza de seguro de Mala Práxis
- Formulario Planilla CBU (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

### C. Módulo de Apoyo a la integración escolar

- Constancia de alumno regular con Clave Única Educativa (CUE). Presentar antes de Marzo 2023
- Presupuesto y consentimiento informado: (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).  
Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
- Plan de tratamiento - abordaje individual: Período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.  
Informe de evaluación inicial: exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.  
Informe evolutivo de la prestación: donde conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados). (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Proyecto de Integración - Adaptación curricular: en caso de que no sea presentada, no se efectuarán los pagos correspondientes o será discontinuada la prestación. Deberá contener:
  - Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)
  - Domicilio donde se brinda la prestación
  - Datos de la escuela: nombre, dirección, grado, turno de asistencia
- Acta acuerdo de integración de Apoyo a la Integración escolar: a entregar dentro de los 60 días corridos una vez iniciado el ciclo lectivo (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Registro Nacional de Prestadores (RNP) VIGENTE
- Constancia de inscripción de cada profesional o institución en AFIP
- Constancia de IIBB (ingresos brutos). En caso de ser exento, presentar constancia.
- Póliza de seguro de Mala Práxis / del centro
- Formulario Planilla CBU (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

NOTA: NO se reconoce MATRICULA para estas prestaciones, dado que coincide con calendario escolar de acuerdo a Ley. 24.901

SÓLO PODRÁ MODULARSE CUANDO SE BRINDE UN MÍNIMO DE:

- 32 HS DE PRESTACIÓN AL MES PARA INSTITUCIONES
- 24 HS DE PRESTACIÓN AL MES PARA PRESTACIONES INDIVIDUALES

EN LOS CASOS QUE SE SOLICITE "MÓDULO DE MAESTRO/A DE APOYO con una carga horaria menor a 6 horas semanales se deberá extender un presupuesto por valor HORA.

## PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESTACIONAL

(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ 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: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma del prestador: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello Prestador \_\_\_\_\_

Firma del familiar: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Nº de DNI: \_\_\_\_\_



**A Y B) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Completar en todos los casos.**

1-Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)

---

---

---

---

---

---

---

---

2- ¿Cuál será la frecuencia? Especificar días y horarios

---

---

3- Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI  NO  ¿Con qué frecuencia?

---

---

---

4- Se realiza abordaje familiar? SI  NO  ¿Con qué frecuencia?

---

---

---

Otras observaciones:

---

---

---

---

Firma del profesional: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ACTA DE ACUERDO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

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

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en la sede del Establecimiento \_\_\_\_\_ se establece un común acuerdo entre el nombrado Establecimiento, el Personal Privado No Docente (Integradora \_\_\_\_\_) y la familia de: \_\_\_\_\_.

Las autoridades del establecimiento conocen y comparten el proyecto del maestra/o de apoyo / Apoyo a la Integración Escolar. Los padres se comprometen a respetar los horarios de entrada y salida haciéndose también responsable del traslado del/de la alumno/a.

El trabajo de Apoyo a la Integración Escolar/ Maestra/o de apoyo, se realiza entre el establecimiento Educativo y la Integradora y su equipo de trabajo, siendo todos responsables de la elaboración, ejecución, y evaluación del proyecto. Es por esta que todo cambio o propuesta será llevado a cabo con el consentimiento de cada una de las partes.

Será causal de cierre del proyecto, el no cumplimiento de las orientaciones dadas por los actores involucrados, o que no se vean avances en los aprendizajes del de la alumno/a.

Escuela: \_\_\_\_\_ Año / ciclo: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración/DNI: \_\_\_\_\_ Prestador responsable: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración/DNI: \_\_\_\_\_ Padre/Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

