

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 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 Institución** vía e-mail a anabalado57@gmail.com de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF, por prestación, y en un mismo e-mail para poder proceder con la auditoría.
- Podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.
- Solo se recibe documentación VIA MAIL. No se recibe en papel físico. Solo 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 periodo de tratamiento.
- Deberá existir coincidencia entre resumen de historia clínica, orden médica, plan de tratamiento y presupuesto.
- Todos los anexos deben estar completos en su totalidad. Sólo debe figurar NOMBRE, APELLIDO y DNI.
- 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).
- Se considera que cada sesión se desarrolla en un plazo de 45/50 minutos. No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.
- El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la 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.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (Según corresponda):

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 Praxis
- Formulario Planilla CBU (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Para las prestaciones de Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar: Informe social, que avale su necesidad, emitido por Licenciado/a en Trabajo Social.

Módulo Maestra/o de apoyo (Psicopedagogo/a o Maestro/a de Educación Especial).

- Constancia de alumno regular con Clave Única Educativa (CUE). (Presentar antes de MARZO de 2025)
- 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.

NOTA: NO se reconoce MATRICULA para estas prestaciones, dado que coincide con calendario escolar (Ley N° 24.901)

SÓLO PODRÁ MODULARSE CUANDO SE BRINDE UN MÍNIMO DE:

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

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

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 Praxis
- 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/a 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 Praxis

- 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 Praxis /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 Nº 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 horario 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/a: _____ 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/a: _____ Aclaración: _____ Sello Prestador/a _____

Firma del familiar: _____ Aclaración: _____ N° de DNI: _____

Resultados observables del tratamiento: _____

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: _____

