

DECLARACION JURADA DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO EDUCATIVO

A- Datos personales

Nombre y apellido del Afiliado o Afiliada Titular:

DNI titular:

Correo:

CBU del titular:

Nombre y apellido del afiliado o afiliada que recibe la terapia:

Número de afiliación:

Fecha de nacimiento y edad:

B- Escolarización

¿Asiste a una escuela especial?

SI / NO
SI / NO

Indicar nombre, turno y horario: _____

¿Asiste a una escuela regular?

SI / NO

Indicar nombre, turno y horario: _____

¿Cuenta con maestra de apoyo a la Inclusión?

SI / NO

Nombre y apellido: _____

¿Posee acompañante terapéutico?

SI / NO

Nombre y apellido: _____

Días y horarios: _____

C- ¿Asiste a Centro Educativo Terapéutico?

SI / NO

Nombre de la institución: _____

Tipo de jornada: _____

Días y horarios: _____

Forma de traslado: _____

Almuerzo en la institución: _____

Realiza terapias en la misma: _____

DECLARACION JURADA DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO EDUCATIVO

D- ¿Asiste a otro centro?

SI / NO

Nombre de la institución _____

Especificar tipo de terapia _____

E- ¿Efectúa rehabilitación terapéutica especial a contra turno?

Nombre de la institución _____

Especificar tipo de terapia _____

F- ¿Realiza actividades domiciliarias?

SI / NO

Nombre del o la profesional _____

Especificar tipo de terapia _____

Aclaraciones:

Las sesiones no pueden superar las 40 (cuarenta) horas mensuales por terapia autorizadas.

En caso de que el o la paciente que recibe la terapia sea mayor de 21 (veintiún) años de edad, se autorizarán hasta 80 (ochenta) horas mensuales en acompañante terapéutico y maestro de apoyo.

No se considerarán sesiones a reintegran en concepto de reuniones de equipo o interdisciplinarias.

La duración de la sesión educativo-terapéutica en discapacidad es de 1 (una) hora o 45 (cuarenta y cinco) minutos. En caso de durar 30 (treinta) minutos, se abonará el 50% del monto del valor establecido para dicha sesión.

De acuerdo a la Resolución 11582, los reintegros por discapacidad serán a valores Nomenclador Nacional.

La normativa de la obra social establece como plazo para realizar reintegros 30 (treinta) días corridos a partir de efectuada la prestación.

Dudas o consultas: reintegros_discapacidad@css.gov.ar

DECLARACION JURADA DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO EDUCATIVO

G- Completar el siguiente cuadro con las terapias solicitadas

Tipo de terapia	Terapeuta Nombre y apellido	Firma y sello de conformidad de profesional	Días	Horarios
Kinesiología				
Fonoaudiología				
Psicología				
Psicopedagogía				
Terapia ocupacional				
Psicomotricidad				
Estimulación Temprana				
Otras terapias				

H – Profesional de cabecera a cargo de la supervisión de las terapias

Nombre y apellido

Firma y sello