

Declaración Jurada de Seguimiento Terapéutico 2024

A- Datos personales:

Nombre y apellido del Afiliado/a Titular:

DNI titular:

Correo electrónico:

CBU del titular:

Nombre y apellido del afiliado/a que recibe la terapia:

Número de afiliación:

Fecha de nacimiento y edad:

B- Escolarización:

¿Asiste a una escuela especial? **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 horario: _____

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: _____

D- ¿Asiste a otro centro? **SI** / **NO**

Nombre de la institución: _____

Especificar tipo de terapia: _____

Declaración Jurada de Seguimiento Terapéutico 2024

E- ¿Efectúa rehabilitación terapéutica especial a contra turno? _____

Nombre de la institución _____

Especificar tipo de terapia _____

F- ¿ Realiza actividades domiciliarias? **SI** / **NO**

Nombre de él o la profesional _____

Especificar tipo de terapia _____

Aclaraciones.

La duración de la sesión educativo-terapéutica en discapacidad es de (una) hora.
En caso de durar menos, se abonará un proporcional, por ejemplo, 30 (treinta) minutos se abonará el 50% del monto del calor establecido para dicha sesión.

En caso de que él 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.

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

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

Declaración Jurada de Seguimiento Terapéutico 2024

G- Completar el siguiente cuadro con las terapias solicitadas

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

H- Firma del profesional de cabecera que solicita las terapias.

Nombre y apellido

Firma y sello

- Datos del afiliado o la afiliada

Firma de titular _____

Aclaración _____

Fecha _____

Dudas o consultas: reintegros_discapacidad@css.gov.ar