

Declaración Jurada de Seguimiento Terapéutico 2024

A- Datos personales

Nombre y apellido del Afiliado/a Titular: _____

DNI titular: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Nombre y apellido de quien recibe la terapia: _____

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: _____

Días y horarios _____

¿Posee acompañante terapéutico? SI / NO

Nombre y apellido: _____

Días y horarios _____

C- ¿Asiste a Centro Educativo Terapéutico u otro centro? SI / NO

Nombre de la institución _____

Tipo de jornada, Días y horarios: _____

Terapias que realiza en dicho centro _____

D- ¿Efectúa rehabilitación terapéutica especial? SI / NO

Nombre de la institución _____

Especificar tipo de terapia _____

E- ¿Realiza actividades domiciliarias? SI / NO

Nombre de él o la profesional _____

Especificar tipo de terapia _____

F – Firma del profesional de cabecera que solicita las terapias.

Nombre y apellido

Firma y sello

Declaración Jurada de Seguimiento Terapéutico 2024

Duración de la sesión educativo-terapéutica en discapacidad:

El módulo de CSS es de 1 (una) hora. En caso de durar menos, se reintegrará un proporcional, Por ejemplo: por 30' (treinta minutos) se abonará el 50% del monto del valor establecido para dicha sesión. (RESOLUCION N° 9136/23 capítulo VI art. 7 inc. 1)

Para la presentación de facturación:

Deberá presentar la factura **ORIGINAL** de cada profesional a nombre del afiliado titular o del afiliado que recibe la prestación, cumpliendo los siguientes requisitos:

Fecha de emisión, DNI, domicilio, nombre y apellido de quien recibe la prestación, mes en el que fue brindada la misma, número de sesiones efectuadas e importe unitario y total.

LA OBRA SOCIAL SANTACRUCEÑA NO CUBRE SERVICIO DOMICILIARIO.

NO SE CONSIDERARÁN SESIONES A REINTEGRAR EN CONCEPTO DE REUNIONES DE EQUIPO O INTERDISCIPLINARIAS.

NO SE ACEPTARÁN CONSIDERACIONES BAJO NINGÚN CONCEPTO POR DÉBITOS EFECTUADOS DEBIDO A LA FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LOS DATOS VERTIDOS EN LA DECLARACIÓN JURADA PRESENTADA (INCLUIDO EL CUADRO DE HORAS), Y/O DE LA NORMATIVA VIGENTE.

Por ejemplo:

- Presentación de facturación por más sesiones de las autorizadas, (8 sesiones cuando se autorizaron 4).
- Falta de datos en las planillas y/o documentación incompleta.
- Irregularidades o inconsistencias entre las planillas de asistencias y el cuadro de días/horas presentadas con DDJJ.
- Superposición horaria con otros afiliados. Las terapias son de carácter individual.
- Superposición horaria entre profesionales del mismo afiliado, que no se encuentren autorizados.
- Y/o presentaciones fuera de término. El plazo para solicitar el reintegro se establece en 30 días corridos a partir de la fecha de efectuada la prestación. Vencido el plazo indicado la CSS no recepcionará la solicitud. (RESOLUCION N° 9136/23 capítulo VIII art. 2 inc. 5)

Una vez presentada la documentación, será evaluada por el equipo interdisciplinario y/o las auditorías correspondientes, **sin su auditoría el trámite no seguirá su curso.**

Una vez iniciado el expediente, se le informará al afiliado por correo electrónico el N° del mismo y el estado de las terapias (AUTORIZADA., PENDIENTE O RECHAZADA)

SOLO SE PODRÁ PRESENTAR FACTURA Y PLANILLA DE ASISTENCIA (ORIGINAL, FIRMADA POR EL TITULAR Y EL PROFESIONAL) CON EXPEDIENTE INICIADO Y DE AQUELLAS TERAPIAS QUE SE LE INFORMÓ QUE SE ENCUENTRAN AUTORIZADAS.

EL REINTEGRO SEGUIRÁ SU CURSO SOLO SI CUMPLE TODOS LOS REQUISITOS.

EN TODOS LOS CASOS SE RECUERDA QUE TODA SOLICITUD DE REINTEGRO QUEDA SUJETO A AUDITORIA MÉDICA Y ADMINISTRATIVA POSTERIOR.

SE PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL SI ASÍ LO CONSIDERA LA AUDITORIA CORRESPONDIENTE.

Conformidad del afiliado/a.

Firma del titular _____

Aclaración y DNI _____

Declaración Jurada de Seguimiento Terapéutico 2024

(ANEXO)

Completar el siguiente cuadro de Días/Horarios de las terapias solicitadas

Tipo de terapia	Terapeuta Nombre y apellido	Firma y sello de conformidad de profesional	Días (L-M-Mie-J-V-S-D) que realiza la terapia	Horarios entrada y salida
Kinesiología				
Fonoaudiología				
Psicología				
Psicopedagogía				
Terapia ocupacional				
Psicomotricidad				
Acompañante Terapéutico				

Conformidad del afiliado/a.

Firma del titular _____

Aclaración y DNI _____

Fecha de vigencia _____