

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.

Si cambia de día/horario algún profesional, se deberá presentar nuevamente el cuadro de horas firmado por el terapeuta que va a modificar el día/horario y por el afiliado titular, en el transcurso del año podrá presentar hasta 2 (dos) veces el cuadro de horas modificado, independientemente de la cantidad de profesionales tratantes.

Cualquier cambio deberá ser informado y presentado con anterioridad a la entrega de la facturación.

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	Modalidad		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
	Indiv.	Grupal				
Kinesiología						
Fonoaudiología						
Psicología						
Psicopedagogía						
Terapia ocupacional						
Psicomotricidad						
Acompañante Terapéutico						
Maestro de apoyo JORNADA ESCOLAR						
Maestro de apoyo CONTRATURNO						

Conformidad del afiliado/a.

Firma del titular _____

Aclaración y DNI _____

Fecha de vigencia _____