Caja de Servicios Sociales
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

Declaración Jurada de Seguimiento Terapéutico 2025

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

A

Dudas o consultas: reintegros_discapacidad@css.gov.ar

Caja de Servicios Sociales
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

Declaración Jurada de Seguimiento Terapéutico 2025

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, cantidad 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 auditorias correspondientes, **sin su auditoria 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.

Se recuerda que los datos vertidos en el cuadro de horas presentado revisten carácter de declaración jurada, por tal motivo se deberán respetar los días y horarios declarados por los profesionales, caso contrario se realizarán los débitos correspondientes, SIN EXCEPCIÓN.

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 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 _____

B

Dudas o consultas: reintegros_discapacidad@css.gov.ar

Caja de Servicios Sociales
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

Declaración Jurada de Seguimiento Terapéutico 2025

(ANEXO)

Completar el siguiente cuadro de Días/Horarios de las terapias solicitadas.
No se podrán declarar más días/horas de lo solicitado por Pedido Medico.

Tipo de terapia	Modalidad		Terapeuta Nombre y apellido	Firma y sello de conformidad de profesional	Días (L-Ma-Mi-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 _____

A partir del mes _____

C

Dudas o consultas: reintegros_discapacidad@css.gov.ar