

PARA ENTREGAR A LOS PROFESIONALES

- La documentación debe presentarse y poseer fecha anterior al inicio de la prestación a los efectos de emitir la autorización correspondiente.
- La prestación debe iniciarse una vez emitida la autorización por parte de esta Obra Social a los efectos de abonar los mismos, caso contrario no se efectuará el pago.
- El inicio sin autorización previa resulta neta responsabilidad del prestador y NO obliga a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- Debe existir total coincidencia entre prestaciones presupuestadas y las indicadas por el médico tratante

- Formulario de consentimiento, con fecha anterior al inicio de la prestación, firmado por el afiliado titular o representante y el profesional actuante, con los datos completos del paciente (*se adjunta el mismo*).
- **Formulario de notificación firmado por el prestador (se adjunta)**
- Presupuestos para el año 2019, **con fecha previa al inicio del tratamiento y posterior a la prescripción médica**, conteniendo los siguientes datos:
 1. Datos del beneficiario: Nombre y apellido, número de afiliado, número de documento.
 2. Modalidad prestacional.
 3. Período de la prestación (desde hasta.....)
 4. Días y horarios de concurrencia.
 5. Cantidad de sesiones por semana (según prescripción médica).
 6. Cantidad máxima de sesiones por mes.
 7. Importe de la prestación: por sesión, por mes y por año.
 8. En el presupuesto deben figurar los datos completos del prestador: nombre y apellido, título, número de CUIT, matrícula, RNP, domicilio de atención, datos de contacto (teléfono y/o mail), firma y sello del profesional.
- Informe de evolución 2018 o informe inicial.
- Plan terapéutico (objetivos) año 2019.
- Fotocopia de Inscripción en AFIP.
- Fotocopia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. **Obligatorio para las siguientes especialidades:** Lic en Fonoaudiología, Fonoaudiólogos, Lic en Psicología, Psicólogos, Lic en Kinesiología, Kinesiólogos, Lic en terapia Ocupacional, Licenciados en Psicopedagogía, Psicopedagogos Universitarios, Licenciados en Psicomotricidad, Psicomotricistas y Técnicos Universitario en Psicomotricidad, Licenciados en Musicoterapia y Musicoterapeutas.
- En caso de vencimiento del RNP durante el año prestacional, la autorización tendrá vigencia hasta el periodo (mes) completo anterior a dicho vencimiento, Solo se renovará la autorización contra la presentación de renovación del registro o en su defecto constancia de inicio del trámite.
- Fotocopia de **Título Habilitante** para aquellos profesionales sin obligación de inscripción en la SSS: Psicopedagogos y Profesores de Educación Especial (Sólo serán autorizados para brindar Módulo Maestro de Apoyo)

Para el Módulo de Maestro de Apoyo, la prestación deberá estar a cargo de Psicopedagogos o Profesores de Educación Especial. En este caso deberán presentar título habilitante y certificado analítico de materias, constancia de AFIP, fotocopia de póliza de seguro vigente. Se deberá adjuntar Acta Acuerdo entre la escuela y el prestador, Proyecto Pedagógico Individual (PPI) con plan de adaptaciones curriculares por área y certificado de alumno regular. **El plazo de entrega del Acta Acuerdo es hasta 60 días a partir del inicio del ciclo lectivo.**

NOTIFICACIÓN

El presente documento deberá entregarse firmado y sellado, junto con el consentimiento informado antes de iniciar la prestación.

Sr. Prestador:

Se pone en conocimiento que:

1. La recepción de la documentación de solicitud de prestaciones dentro del programa de referencia no implica autorización ni obligación de cobertura.
2. Las prestaciones deben iniciarse una vez emitida la autorización por parte de esta Obra Social.
3. No se reconocerán ni se efectuarán pagos de prestaciones anteriores a la fecha de emisión de la autorización.
4. La factura no puede emitirse con fecha dentro del mes de prestación.
5. La fecha de presentación de la factura es del 1° al 5° día hábil de cada mes.
6. Sólo se recibirán facturas que no hayan superado los 60 (sesenta) días del mes correspondiente a la prestación brindada.
7. La facturación deberá estar siempre acompañada de la autorización y documentación avalatoria de asistencia.
8. Sólo se recibirán facturas que coincidan en su totalidad con la prestación autorizada, tanto en concepto como en cantidad.
9. En caso de vencimiento del Registro Nacional de Prestadores, categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación, categorización de la Agencia Nacional de Discapacidad, habilitación municipal, seguro, etc. durante el año prestacional, éste condicionará la vigencia de la autorización hasta el período (mes) completo anterior a dicho vencimiento.
10. Sólo se renovará la autorización contra la presentación de la renovación de la documentación o en su defecto la constancia de inicio del trámite ante el organismo correspondiente.
11. La continuidad de la autorización queda sujeta al seguimiento y auditoría del equipo técnico del Servicio Social.
12. La Obra Social, a través de su equipo interdisciplinario, convocará oportunamente al prestador para solicitar informes o evaluaciones de seguimiento a los efectos de complementar la auditoría de la prestación brindada.

Fecha:

.....
Firma y sello del prestador

Fecha:

Apellido y nombre del paciente:

Edad:

DNI:

Nº de afiliado Ospe:

DIAGNOSTICO

Solicito desde mes _____ hasta mes _____ del año _____

Prestación: _____ x _____ sesiones semanales

Prestación: _____ x _____ sesiones semanales

Prestación: _____ x _____ sesiones semanales

Firma y sello legible del medico tratante

Modelo Presupuesto prestaciones en sesiones

Lugar y Fecha XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Apellido y nombre XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Número de afiliado XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Número de documento XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Modalidad prestacional: Sesiones de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Días y Horarios de concurrencia XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Cantidad de sesiones por semana .XXXXX (según prescripción médica)
Cantidad máxima de sesiones por mes XXXXX

Periodo de Prestación (desde/hasta)XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX..

Importe de la Prestación:
Por sesión XXXXXXXXX
Por mes XXXXXXXXXXXXX
Por año XXXXXXXXX

DATOS DEL PRESTADOR:

Apellido y Nombre XXXXXXXXXXXXX
Titulo XXXXXXXXXXXXXXX
Numero de matricula /registro XXXXXXXXXXXXXXX
Numero registro Nacional de Prestadores XXXXXXXXXXXXXXX
Numero de CUIT XXXXXXXXXXXXXXX
Domicilio de atención XXXXXXXXXXXXXXX

Firma y sello

DISCAPACIDAD
MÓDULO MAESTRO DE APOYO Y MÓDULO APOYO A LA INTEGRACIÓN
PLAN DE TRATAMIENTO - CONSENTIMIENTO

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad / Provincia: Teléfono:

Nombre Beneficiario:

DNI: Nro Afiliado OSPE:

Prestación/Especialidad (Según mecanismo integración que corresponda)	Monto módulo (\$)
Módulo Maestro de Apoyo	
Módulo Apoyo a la integración (equipo)	

Período Ciclo Lectivo, Desde:/...../..... Hasta:/...../.....

Cronograma de asistencia:

DÍAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:

Observaciones:

.....
 Firma Responsable Prestación (equipo)
 o Maestro de Apoyo

.....
 Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:

DNI: Nro Beneficiario:

.....
 Firma Beneficiario o representante

.....
 Aclaración

.....
 DNI Firmante

Lugar y fecha de Consentimiento:

**ACTA ACUERDO PARA ACOMPAÑAMIENTO PROFESIONAL PRIVADO NO
DOCENTE**

Entre el representada por
.....; representada por la
y, madre/padre del alumno/a
acuerdan la suscripción del presente Acta-Acuerdo que se ajustará a las siguientes
pautas y condiciones:

Primera: acuerda recibir a
..... como PROFESIONAL PRIVADO NO DOCENTE como
encontrada en la Disposición Oficial 5306 del alumno/a
de

Segunda: La escuela acuerda contar con la
presencia del PROFESIONAL PRIVADO NO DOCENTE que
concurrirá al aula con una frecuencia de veces por semana, los
días en el horario de

Tercera: La madre/padre acuerda contar con el acompañamiento de su hijo/a
....., por, PROFESIONAL PRIVADO
NO DOCENTE.

Cuarta: El Equipo profesional acuerda mantener reuniones sistemáticas a fin de
considerar la evaluación y evolución del alumno/a; las mismas se llevarán a cabo
dentro del horario habitual de asistencia del PROFESIONAL PRIVADO NO
DOCENTE a la escuela.

Quinta: proveerá y supervisará al PROFESIONAL
PRIVADO NO DOCENTE, de acuerdo a los lineamientos del Marco Básico de la
Superintendencia de Servicios de Salud, y se hará cargo de los costos de un Seguro
por Accidentes Personales para la misma.

Sexta: El PROFESIONAL PRIVADO NO DOCENTE,, se
encontrará disponible únicamente en forma exclusiva para la atención del
alumno/a dentro de la escuela; no pudiendo quedar a cargo del grado en ausencia
de la maestra titular ni se verá obligado a asistir los días que el niño no se presente
a la escuela por motivos personales.

Séptima: La duración del Acta-Acuerdo tendrá vigencia por el término del
presente ciclo lectivo (febrero a diciembre). Las partes pueden rescindir la misma
si consideran que la continuidad de este proceso no es beneficioso para el alumno.

Octava: En prueba de conformidad se firman ejemplares del mismo
tenor y en los mismos efectos en la ciudad de a
los días del mes de del año