PRESTACIONES EDUCATIVAS – TERAPÉUTICAS

(En caso de Escuelas Especiales, apoyo a la integración, maestra de apoyo, form. Laboral, centro de día, CET, hogares, etc)

- El inicio de las prestaciones SIN AUTORIZACIÓN PREVIA, resulta RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR/A y NO OBLIGA a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores NO IMPLICA la continuidad con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN.
- LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN NO SIGNIFICA AUTORIZACIÓN NI COBERTURA SOLICITADA.
- La documentación debe ser **enviada por la familia vía mail** a **instructivos@whope.com.ar** de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF, por prestación, y en un mismo mail para poder proceder con la auditoría.
- Podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.
- Solo se recibe documentación VIA E-MAIL. No se recibe en papel físico. **Sólo digital.**
- Toda documentación debe ser enviada sin enmiendas, tachaduras, correcciones.
- **NO SE RECIBIRÁN ENTREGAS PARCIALES O QUE NO CUMPLAN CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.**

CONDICIONES GENERALES

- La fecha de confección/emisión de los documentos debe ser **anterior al inicio del tratamiento.**
- Deberá existir coincidencia entre resumen de historia clínica, orden médica, plan de tratamiento y presupuesto.
- Todos los anexos deben estar completos en su totalidad. Sólo debe figurar DNI. (NO n° de afiliado/a ni Obra Social).
- En caso de realizar un cambio de prestador/esquema terapéutico, se deberá presentar nuevamente la documentación del nuevo prestador/institución/tratamiento. Además, se deberá adjuntar nota explicando el motivo del cambio, fecha de baja de prestador/a y fecha de alta del nuevo prestador/a.
- La documentación no debe tener cambios de tinta y letra. En caso de existir, se deberá salvar la enmienda con firma y sello.
- **La Obra Social NO podrá dar cobertura a profesionales o instituciones que no se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (RNP).**

El área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El equipo interdisciplinario de la Obra Social podrá requerir toda la documentación que considere necesaria a los fines de evaluar la cantidad de sesiones prescriptas para un determinado tratamiento, pudiendo modificar la frecuencia y/o cantidad de sesiones de acuerdo a las conclusiones de la evaluación que realice.

Documentación a presentar

A. Escuela especial / Formación Laboral / CET y Centro de día / Hogares

- **Constancia de alumno regular con Clave Única Educativa (CUE).** Presentarlo antes de Marzo 2023
- **Presupuesto prestacional.** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).
  Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo.
- **Plan de tratamiento- abordaje individual:** Período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
  Informe de evaluación inicial: exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
  Informe evolutivo de la prestación: donde conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados).
  (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **Registro Nacional de Prestadores** (RNP) VIGENTE
- **Constancia de de inscripción de cada profesional o institución en AFIP**
- **Constancia de IIBB** (ingresos brutos). En caso de ser exento, presentar constancia.
- Póliza de seguro de Mala Práxis
- **Formulario Planilla CBU** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
  Nota: Para las prestaciones de Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar: Informe social, que avale su necesidad, emitido por Licenciado en Trabajo Social.

B. Módulo Maestra/o de apoyo (Psicopedagogo/a o maestro/a especial)

- **Constancia de alumno regular con Clave Única Educativa (CUE).** (Presentar antes de MARZO 2023)
- **Presupuesto prestacional. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).**
  Confeccionado, firmado y sellado por el profesional/institución que lo llevará a cabo.
- **Plan de tratamiento- abordaje individual:** Período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
  Informe de evaluación inicial: Exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
  Informe evolutivo de la prestación: Donde conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados). (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- **Proyecto de Integración – Adaptación curricular.** En caso de que no sea presentada, no se efectuarán los pagos correspondientes o será discontinuada la prestación. Deberá contener:
  -Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)
  -Domicilio donde se brinda la prestación
  -Datos de la escuela: nombre, dirección, grado, turno de asistencia
- **Acta acuerdo de integración de Maestra de apoyo- a entregar dentro de los 60 días corridos una vez iniciado el ciclo lectivo (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)**
- **Título habilitante universitario y/o terciario.** Certificado analítico.
- **Registro Nacional de Prestadores** (RNP) VIGENTE
- **Constancia de de inscripción de cada profesional o institución en AFIP**
- **Constancia de IIBB (ingresos brutos).** En caso de ser exento, presentar constancia.
- **Póliza de seguro de Mala Práxis**
- **Formulario Planilla CBU** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

C. Módulo de Apoyo a la integración escolar

- **Constancia de alumno regular con Clave Única Educativa (CUE).** Presentar antes de Marzo 2023

- **Presupuesto prestacional:** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).
  Confeccionado, firmado y sellado por el profesional/institución que lo llevará a cabo.

- **Plan de tratamiento - abordaje individual:** Período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
  Informe de evaluación inicial: exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
  Informe evolutivo de la prestación: donde conste periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados).
  (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

- **Proyecto de Integración – Adaptación curricular:** en caso de que no sea presentada,no se efectuarán los pagos correspondientes o será discontinuada la prestación. Deberá contener:
  -Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)
  -Domicilio donde se brinda la prestación
  -Datos de la escuela: nombre, dirección, grado, turno de asistencia

- **Acta acuerdo de integración de Apoyo a la Integración escolar:** a entregar dentro de los 60 días corridos una vez iniciado el ciclo lectivo (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

- **Registro Nacional de Prestadores** (RNP) VIGENTE

- **Constancia de de inscripción de cada profesional o institución en AFIP**

- **Constancia de IIBB** (ingresos brutos). En caso de ser exento, presentar constancia.

- **Póliza de seguro de Mala Práxis /del centro**

- **Formulario Planilla CBU** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

SÓLO PODRÁ MODULARSE CUANDO SE BRINDE UN MÍNIMO DE:

-32 HS DE PRESTACIÓN AL MES PARA INSITUCIONES
-24 HS DE PRESTACIÓN AL MES PARA PRESTACIONES INDIVIDUALES

EN LOS CASOS QUE SE SOLICITE "MODULO DE MAESTRO/A DE APOYO con una carga horario menor a 6 horas semanales se deberá extender un presupuesto por valor HORA.

NOTA: NO se reconoce MATRICULA para estas prestaciones, dado que coincide con calendario escolar de acuerdo a Ley. 24.901

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión: ____ /_____ /_____
Razón social del prestador: _____
CUIT: _____
Domicilio donde se realiza la prestación: _____
E-MAIL: _____ Teléfono: _____
Beneficiario: _____ DNI: _____
Modalidad prestacional a brindar: _____
Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
Período: desde: _____ hasta:
Almuerzo: Sí ☐ No ☐
Monto Mensual: _____
En caso de corresponder: _____
Dependencia: Sí ☐ No ☐
Matrícula anual: _____
Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma del prestador: _____ Aclaración: _____ Prestador: _____

PLAN DE TRATAMIENTO - INFORME INICIAL - INFORME EVOLUTIVO

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____
Razón social del prestador: _____
Domicilio de atención: _____ Teléfono: _____

PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD: _____

A) EVALUACIÓN DE INICIO. Para el caso de escolaridad especial brindada por primera vez al paciente.

Instrumentos de evaluación utilizados:

- Escalas estandarizadas. ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojan?
- Entrevistas estructuradas/semi estructuradas con el paciente y la familia. ¿Qué consideraciones resultan?
- Informes de profesionales tratantes / ¿Qué aspectos se destacan?
- Informes escolares de años anteriores ¿Qué indicadores señalan?

B) INFORME DE EVOLUCIÓN. Para el caso de prestaciones que ya se hayan brindado en períodos anteriores, de la misma manera o con modificaciones.

Se cumplieron los objetivos planteados: SI ☐ NO ☐ Observaciones:

Resultados observables del tratamiento: _____

A Y B) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Completar en todos los casos.

1-Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)

2-¿Cuál será la frecuencia? Especificar días y horarios

3-Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI ☐ NO ☐ ¿Con qué frecuencia?

4-Se realiza abordaje familiar? SI ☐ NO ☐ ¿Con qué frecuencia?

Otras observaciones:

Firma del profesional: _____ Aclaración: _____ Sello: _____

Lugar: _____ Fecha: ____ /_____ /_____

ACTA DE ACUERDO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha : _____ /_____ /_____

En la ciudad de _____ a los _____ días de _____ de _____ , en la sede del Establecimiento _____ se establece un común acuerdo entre el nombrado Establecimiento, el Personal Privado No Docente (Integradora) _____ y la familia del/de la _____.

Las autoridades del establecimiento conocen y comparten el proyecto del maestra/o de apoyo /Apoyo a la Integración Escolar. Los padres se comprometen a respetar los horarios de entrada y salida haciéndose también responsable del traslado del/de la alumno/a.

El trabajo de Apoyo a la Integración Escolar/ Maestra/o de apoyo, se realiza entre el establecimiento Educativo y la Integradora y su equipo de trabajo, siendo todos responsables de la elaboración, ejecución, y evaluación del proyecto. Es por esta que todo cambio o propuesta será llevado a cabo con el consentimiento de cada una de las partes.

Será causal de cierre del proyecto, el no cumplimiento de las orientaciones dadas por los actores involucrados, o que no se vean avances en los aprendizajes del de la alumno/a.

Escuela: _____ Año / ciclo: _____ Turno: _____

Firma: _____ Aclaración: _____ Institución: _____

Firma: _____ Aclaración/DNI: _____ Prestador responsable: _____

Firma: _____ Aclaración/DNI: _____ Padre/Madre o Tutor: _____

FORMULARIO PLANILLA CBU

A.Fecha : _____ /_____ /_____

B.Datos del Proveedor (apellido y nombre o razón social) _____

Teléfono: _____

E- Mail: _____

C.Datos de la Cuenta Bancaria:

CUIT: ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐-☐

C.B.U.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

TITULARES: _____

(Como constan en el extracto bancario)

D.Aceptación: (leer en plural en caso que corresponda)

Por la presente informo que a partir de la fecha acepto operar con el sistema de transferencias electrónicas, como medio de pago realizadas por la Obra Social, solicitando que dichos pagos se acrediten en la cuenta declarada por mí en este formulario.
Asimismo manifiesto que, teniendo en cuanta la presente aceptación, todos los montos transferidos por Hope a la cuenta declarada por mí, los considerare en concepto de pagos con los efectos cancelatorios de pagos que los mismos implican y que he otorgado recibo por dicha circunstancia.

Firma del titular: _____ Aclaración: _____ Sello: _____

E.CONSULTAS: Comunicarse al Tel. (011) 4815-0747 Tesorería (int.1014/1012/1013/1015)

F.USO EXCLUSIVO HOPE/OSRM:

Número de Prestador: ☐☐-☐☐☐☐

Nro asignado por DATANET: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha de recepción: _____ /_____ /_____

Fecha de alta Datanet: _____ /_____ /_____

Fecha de alta Sistema: _____ /_____ /_____