



## 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 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 Institución** vía e-mail a [integracion@ospl.ar](mailto:integracion@ospl.ar) de manera completa y ordenada, de forma legible, en formato PDF, por prestación, y en un mismo e-mail para poder proceder con la auditoría.
- Podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.
- Solo se recibe documentación VIA MAIL. No se recibe en papel físico. Solo 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 periodo de 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 NOMBRE, APELLIDO y DNI.
- 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).
- Se considera que cada sesión se desarrolla en un plazo de 45/50 minutos. No se autorizará, ni abonará, más de una sesión por día de la misma especialidad.
- 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 (Según corresponda):**

### **Escuela especial / Formación Laboral / CET y Centro de día / Hogares**

- Constancia de alumno regular con Clave Única Educativa (CUE). Presentarlo antes de Marzo 2025
- Presupuesto y consentimiento informado. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO). Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
- 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 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 Praxis
- Formulario Planilla CBU (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Para las prestaciones de Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar: Informe social, que avale su necesidad, emitido por Licenciado/a en Trabajo Social.

### **Módulo Maestra/o de apoyo (Psicopedagogo/a o Maestro/a de Educación Especial.**

- Constancia de alumno regular con Clave Única Educativa (CUE). (Presentar antes de MARZO de 2025)
- Presupuesto y consentimiento informado. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO) confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
- 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 inscripción de cada profesional o institución en AFIP.

**NOTA: NO se reconoce MATRICULA para estas prestaciones, dado que coincide con calendario escolar (Ley Nº 24.901)**

**SÓLO PODRÁ MODULARSE CUANDO SE BRINDE UN MÍNIMO DE:**

- 32 HS DE PRESTACIÓN AL MES PARA INSITUACIONES
- 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.**

#### **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 y consentimiento informado. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).  
Confecionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
- 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 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 Praxis
- 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/a 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 2025)
- Presupuesto y consentimiento informado. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).  
Confecionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
- 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 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 Praxis
- 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 2025
- Presupuesto y consentimiento informado: (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).  
Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable.
- 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 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 Praxis /del centro
- Formulario Planilla CBU (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)

SÓLO PODRÁ MODULARSE CUANDO SE BRINDE UN MÍNIMO DE:

-32 HS DE PRESTACIÓN AL MES PARA INSITUACIONES

-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.

**PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESTACIONAL**

(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Beneficiario/a: \_\_\_\_\_ 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/a: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Sello Prestador/a \_\_\_\_\_

Firma del familiar: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ N° de DNI: \_\_\_\_\_



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 de: \_\_\_\_\_.

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: \_\_\_\_\_

