

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA COBERTURA DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

La documentación aquí detallada deberá ser remitida por **medios digitales** a nuestra Administración a los efectos de brindar cobertura en prestaciones de rehabilitación para el año 2024.

Con el objetivo de agilizar la gestión, la presentación de la misma deberá realizarse dentro de los 30 días anteriores al inicio del tratamiento ya que requiere ser evaluada y autorizada previamente por Auditoría Médica.

Esta Prestación puede ser brindada en 2 (dos) Modalidades:

Equipo de Apoyo a la Integración Escolar: debe ser realizado por Instituciones y Equipos categorizados para tal fin (el módulo implica una carga horaria de 32 hs mensuales).

Maestro/a de Apoyo: debe ser realizado por profesional Profesor/a de Educación Especial o Psicopedagoga/o (el módulo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales)

POR PARTE DEL BENEFICIARIO

1. **Fotocopia del Certificado de Discapacidad Vigente.**
2. **Historia Clínica:** deberá aclarar: edad, diagnóstico, tratamientos que realiza, evolución en el último año y estado actual del paciente. La fecha de la Historia Clínica debe ser igual a la de la prescripción y debe estar firmada y sellada al pie.
3. **3. Prescripción Médica:** conforme al listado de prestaciones comprendidas en el Nomenclador De Prestaciones Básicas Para Personas Con Discapacidad firmada por el médico tratante. Quien deberá además especificar si el tipo de prestación solicitada corresponde a "Maestro/a Integrador/a" o "Módulo de Equipo de Apoyo Escolar". La fecha que se encuentra al pie de la misma debe ser anterior al inicio del Tratamiento. Ejemplo: el año lectivo escolar comienza en el mes de marzo, por lo tanto la prestación de Apoyo a la Integración Escolar se reconocerá a partir de ese mes y la fecha de la prescripción deberá ser anterior.
4. **Conformidad por las prestaciones** (disponible en la página 2 de este documento), firmada por la persona con discapacidad o familiar responsable/tutor.
5. **Certificado de Alumno Regular:** correspondiente al ciclo lectivo para el cual se solicita la prestación.

POR PARTE DEL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN PRESTADORA

1. **Informe de Evaluación inicial:** deberá ser presentado exclusivamente cuando se trate del inicio de una nueva prestación. Debe constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
2. **Informe Evolutivo:** deberá ser presentado en caso de continuidad de prestación. Debe constar periodos de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. **Plan de abordaje individual** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionado por profesional/equipo tratante y cronograma de asistencia.
4. **Acta acuerdo entre el Profesional o Equipo que brinda la prestación, la institución Educativa y el representante del beneficiario.**
5. **Copia del Título habilitante** (Del Profesor/a de Educación Especial o Psicopedagogo/a) y certificado analítico de materias o copia de la habilitación o categorización para los equipos de apoyo.
6. **Formulario de Alta / Actualización de Prestadores:** es de suma importancia que se cumplimenten los datos solicitados dado que permitirán contar con la información adecuada al momento de la emisión del pago.
7. **Para facturar el prestador** deberá remitir Planilla de Asistencia Mensual e Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

IMPORTANTE

- Sin Certificado de Discapacidad Vigente, no se cubrirá ninguna prestación. Si tiene un vencimiento cercano a la solicitud de prestación recuerde que debe solicitar la renovación del mismo y los turnos tienen demoras.
- Las autorizaciones se emitirán por todo el ciclo lectivo.
- No se aceptará documentación tachada o enmendada.
- Tener en cuenta los plazos dispuestos para la presentación de la documentación, dado que no se autorizaran tratamientos con retroactividad. El inicio de las prestaciones sin autorización previa resulta exclusiva responsabilidad del prestador. La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado no da derecho al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización.
- Las prestaciones detalladas en el presente instructivo deben ser facturadas de forma directa por los profesionales / instituciones, no se puede acceder por la vía de Reintegro.

CONFORMIDAD POR PRESTACIÓN AÑO 2024

(A completar por el beneficiario o su representante y los prestadores de cada práctica brindada)

Lugar y fecha de emisión: _____ Razón Social del Prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario: _____ D.N.I.: _____

PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD (SEGÚN MECANISMO INTEGRACIÓN)	CANTIDAD SESIONES	MONTO SESIÓN (\$)	MONTO MENSUAL (\$)

Período: Desde: _____ Hasta: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA						
Especialidad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario: _____ D.N.I.: _____ Nro. Beneficiario: _____

 FIRMA BENEFICIARIO O REPRESENTANTE ACLARACIÓN Y D.N.I. FIRMANTE LUGAR Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

DATOS

Solicitante:	Fecha de pedido:	/	/
Razón Social - Nombre del prestador:	Fecha de Nac.:	/	/
Matrícula:	N° inscripción S.S.S:	Especialidad:	
Domicilio legal:	Localidad:	Provincia:	
C.P.:	Tel. Particular:	E-mail:	
Domicilio Laboral:	Tel. Laboral:		

TIPO DE CONVENIO

Profesional directo Óptica Farmacia Convenio directo (clínica, sanatorio, órgano colegiado) Proveedor

CONTACTO

Apellido y Nombres: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Horario de atención: _____

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (SÓLO CONVENIOS Y PROGRAMAS ESPECIALES)

- Comprobante de C.B.U. emitido por entidad bancaria.
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.S.
- Copia del título.
- Habilitación Municipal (sólo farmacias, ópticas).
- Habilitación e inscripción en el Colegio de Farmacéuticos (sólo farmacias).
- Curriculum vitae (sólo Profesional directo).
- Carpeta institucional (sólo Convenios directos).
- Estatuto (para Asoc. Civiles, Mutuales, Cooperativas).
- Listado de prestaciones que brinda junto con los aranceles pretendidos para las mismas (sólo convenios).
- Fotocopia de DNI.
- En caso de personas jurídicas deberá remitir listado de profesionales y/o entidades.

DATOS IMPOSITIVOS

CUIT N° (Adjuntar constancia de inscripción vigente):

N° Ingresos Brutos (Adjuntar constancia de inscripción vigente – CM01 y CM05 de corresponder –):

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IVA

Responsable Inscripto Exento Monotributista Proveedor del Exterior Pequeño contribuyente Eventual

Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Agente de Retención (ex RG 18): Si NO Agente de Percepción (ex RG 3337): Si NO

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IMP. A LAS GANANCIAS

Responsable Inscripto Responsable No Inscripto Monotributista Exento (adjuntar certificado de Ex.) Otro

Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Conceptos Sujetos a Retención RG 830

Enajenación de Bienes Muebles Alquiler de Bienes muebles o Inmuebles Otros:

Locación de Obras y/o Servicios Profesiones Liberales

CATEGORÍA SUSS

Empleador Empleador c/Cert. De Exclusión (a) Monotributo Exento (adjuntar certificado de Ex.) Otro
(a) Enviar certificado de exclusión/exención de retención

Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Indicar Actividad:

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE INGRESOS BRUTOS

Inscripto Contribuyente Local Inscripto Convenio Multilateral Exento Inscripto Régimen Simplificado Otro

Sujeto Pasible de Retención: Si NO Porcentaje de exclusión Retención: _____ %

Certificado de Exclusión de Retención: Si NO Fecha: Desde: / / Hasta: / /

Enviar formulario 1276

NOTA: Ante cualquier tratamiento especial frente al régimen de retención en alguna jurisdicción, adjuntar las constancias correspondientes.

Observaciones:

.....
.....

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA (OBLIGATORIO)

Banco: _____

Sucursal: _____

Tipo Cuenta: Caja de Ahorros Cuenta Corriente

N° de cuenta: _____

CBU (sin guiones ni barras):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA

1° Titular (como figura en el extracto): _____

2° Titular: _____

C.U.I.T. / C.U.I.L. / C.D.I. del titular de la cuenta (sin guiones ni barras).

MODO DE CHEQUE

Orden de emisión del cheque: _____

Lugar de pago (domicilio de recepción del valor): _____

FIRMA PRESTADOR / PROVEEDOR

A continuación se deberán consignar los datos de quien completa este formulario como responsable autorizado de la firma.

FIRMA

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA