

Instructivo para Centro Educativo Terapéutico

Se entiende por Centro Educativo Terapéutico a aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Estas metodologías pueden incorporar, reformulados pedagógicamente, recursos extraídos del campo terapéutico; por lo que el equipo profesional que las investigue, produzca y aplique, tendrá una composición y conformación que permita ese abordaje.

El mismo está dirigido a personas con discapacidad que presenten restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

La organización educativo terapéutica en todo servicio **deberá incluir como mínimo tres sesiones individuales para la Modalidad de concurrencia de Jornada Doble y dos sesiones individuales en el caso de Jornada Simple** de las distintas especialidades o de alguna de ellas, determinadas a partir de la evaluación inicial interdisciplinaria y la estrategia de abordaje para cada caso en particular.

En el caso de necesitar una mayor cantidad de estimulación en algún área determinada, la misma debe solicitarse como prestación de apoyo y estar justificada por el médico tratante y por el cuerpo directivo del CET.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación. <https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de tratamiento)

1. Prescripción médica

<p>RP/ Nombre y Apellido: DNI</p> <p>Solicito: CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO, TIPO DE JORNADA</p> <p>PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2020 Diagnostico:</p> <p>FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2019</p> <p>Fecha: 30/12/2019</p>

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002)
3. Informe evolutivo del año 2019 - (en caso de que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2019)
4. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica).
 - Objetivos a corto y mediano plazo
 - Modalidad de abordaje
 - Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
5. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

6. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
7. Habilitación
8. Seguro de la institución
9. Constancia de opción / inscripción en la Afip
10. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (**socios particulares/privados exentos de esta presentación**)
11. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-004 y 006** se adjuntan a continuación
Todas las planillas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal

Fecha: _____

Actualización de datos

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra ial:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

PRESTACIONES INSTITUCIONALES//EDUCATIVAS

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

PRESTACIÓN: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

TIPO DE JORNADA: SIMPLE DOBLE **Categoría:** A B C **Prestación con dependencia:** SI NO **CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS****DÍAS Y HORARIOS:**

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2020

VALOR DE LA SESIÓN: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del prestador _____ con CUIT N° _____ a efectuarse en el domicilio _____ en la localidad de _____ durante el período de _____ hasta _____ 2020.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Directivo/Responsable de la Institución: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

PLANILLA N° 004

En caso de que el socio sea de Galeno privado esta información es del socio titular donde se reintegrara la prestación

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ___/___/___

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

❖ **Caja de Ahorro N°:** _____

❖ **CBU:** _____

❖ **Banco Emisor:** _____

❖ **E-mail:** _____

❖ **Confirmar E-mail:** _____

ESTOS DATOS SOLO TIENEN VALIDEZ CON LA PRESENTACION DEL EXTRATO BANCARIO QUE LOS CERTIFIQUE

Firma y sello de Profesional

Aclaración

DNI