



**Planilla 3 - PROPUESTA DE SERVICIO**

**A ser completada por el efector del servicio y firmada por este y el familiar responsable. La presente constituye una Declaración Jurada.**

**INFORMACIÓN GENERAL:**

**¿Cuál es la característica de la cobertura?** Es una prestación para afiliadxs con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista a ser brindada en modalidad de tratamiento intensivo e interdisciplinario, en domicilio o en consultorio o en Centro de diagnóstico y tratamiento de baja y mediana complejidad (Policlínica), o en Centro Educativo Terapéutico, con el fin de mejorar la calidad de vida, lograr la inclusión en la comunidad y evitar el aislamiento o separación de la sociedad.

**¿Qué servicios cubre?** Las disciplinas incluidas en el servicio son Medicina (Psiquiatra o Neurólogo), Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional y opcionales tales como Musicoterapia, Psicomotricidad, Kinesiología, Acompañante Terapéutico (en Domicilio y/o Institución Educativa Común).

**¿Cómo es la modalidad de autorización?** Se autoriza según servicio modulado y adicional opcional (AT en Domicilio y/o AT en Institución Educativa Común), según necesidades del afiliado. La cobertura podrá incluir supervisión de Médico (Psiquiatra o Neurólogo) o Lic. en Psicología.

Módulo 1: Hasta dos (2) sesiones diarias de lunes a viernes.\*

Módulo 2: Tres (3) sesiones diarias de lunes a viernes.\*

Módulo 3: Cuatro (4) sesiones diarias de lunes a viernes.\*

*\*Con sesión de duración mínima de 45 minutos.*

<b>A- DATOS DEL EFECTOR DEL SERVICIO</b> (tilde o complete según corresponda)	
Equipo en Domicilio <input type="checkbox"/>	Policlínica <input type="checkbox"/>
Equipo en Consultorio <input type="checkbox"/>	Centro Educativo Terapéutico <input type="checkbox"/>
Nombre:	
Domicilio:	
Teléfono:	
CUIT:	

## B- DATOS DEL AFILADX

Nombre y apellido:	
Fecha de Nacimiento:	Diagnóstico:
Domicilio:	Localidad:
Familiar responsable:	
Teléfono:	

## C- PRESTACIÓN MODULADA Y OPCIONAL

<b>Servicio propuesto (Tilde lo que corresponda):</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Módulo 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Módulo 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Módulo 3</b>				
<i>Supervisión:</i>	<input type="checkbox"/> Médico (Psiquiatra o Neurólogo)	<input type="checkbox"/> Lic. en Psicología				
	<input type="checkbox"/> Psicología	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología				
	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Psicopedagogía				
	<input type="checkbox"/> Musicoterapia	<input type="checkbox"/> Psicomotricidad				
	<input type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Acompañante Terapéutico Domiciliario				
	<input type="checkbox"/> AT en Inst. Educativa Común					
Desde	/	/	Hasta	/	/	.

Se deberá adjuntar cronograma horario con detalle de cantidad de sesiones diarias, horarios en los cuales se brinda cada una y disciplina específica (días - horas - terapeuta).

## D- DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN DOMICILIO

Nombre y apellido:	
DNI:	Teléfono de contacto: (    )
Días y horarios propuestos a cumplir:	
Desde:	hs. Hasta:    hs.

## E- DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMÚN

Nombre y apellido:	
DNI:	Teléfono de contacto: (    )
Días y horarios propuestos a cumplir:	
Desde:	hs. Hasta:    hs.

**F - DECLARACIÓN JURADA. Art. 15 y 24 de la Ley 6.982, Art. 39 del Decreto 7.881/84.**

Por medio de la presente, declaro conocer y aceptar que:

- El equipo de atención deberá estar constituido por profesionales con formación de posgrado acredita en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- El coordinador o supervisor de equipo deberá ser Lic. en Psicología o Médico (Psiquiatra Neurólogo).
- El equipo deberá estar constituido como mínimo por: Médico (Psiquiatra o Neurólogo), Licenciado en Psicología, Licenciado en Fonoaudiología, Licenciado en Psicopedagogía, Licenciado en Terapia Ocupacional. Y podrán incluirse Licenciado en Musicoterapia, Licenciado en Psicomotricidad, Licenciado en Kinesiología, también Acompañante Terapéutico, en domicilio del afiliado y/o Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común.
- El efector del servicio deberá informar al IOMA el horario (hora - día - Terapeuta) de cumplimiento del servicio a fin de evaluar su real prestación.
- El efector del servicio se encuentra obligado a poner a disposición del auditor de IOMA toda la documentación que le sea requerida inherente a la evolución y tratamiento del paciente a fin de evaluar la calidad de las prestaciones o fiscalizar los servicios brindados.
- El efector del servicio no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.
- En caso de baja de la prestación por parte del familiar del afiliado, será el último mencionado y/o su red primaria de apoyo quienes deberán comunicar al IOMA tal situación con una antelación mínima de 15 días y mediante PLANILLA 6 INFORME DE BAJA presentada en la Delegación correspondiente a su domicilio.
- En el caso que el efector del servicio decida dejar de brindar la atención, deberá comunicar su decisión al afiliado y/o red primaria de apoyo con una antelación mínima de 15 días. También deberá presentar en la Delegación de IOMA correspondiente, una PLANILLA 6 INFORME DE BAJA comunicando la decisión tomada.
- La modalidad de cobertura es por vía administrativa de Autorización Previa. Se reconocerá la autorización del servicio a partir de la fecha de presentación del trámite o la fecha determinada por la auditoría especializada.
- Se estipula un máximo de 12 meses de autorización de cobertura del servicio según criterios de auditoría técnica y con posibilidad de ser renovado con debida justificación.
- Si el servicio es en domicilio deberá constar registro de evolución del paciente, horarios de atención y aclaración de prestación recibida y registro de firma con matrícula.
- Entre los motivos de denegatoria o suspensión de la prestación se encuentran: \*Que el efector del servicio delegue el servicio autorizado en su favor a otra persona, como así también facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad \*Que el afiliado se encuentre recibiendo prestaciones de: Atención Domiciliaria Integral, Centro de Rehabilitación, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogar, Tratamientos individuales en consultorio. Entre Otros.\* Que el efector del servicio no cumpla con lo estipulado en la presente norma (ámbito de la prestación, horarios denunciados, etc.). Entre otros.
- En caso de corresponder autorizar modalidad de equipo en domicilio o consultorio no se brindará cobertura en Centro Educativo Terapéutico, consultorios o Policlínica y viceversa.

- El servicio de Acompañante Terapéutico en domicilio y Acompañante Terapéutico en Institución Educativa común se regirá por lo establecido en la norma específica de cada modalidad prestacional y que IOMA tiene en Resolución individual y con la presente regla.
- Este IOMA autorizará la prestación de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa común, de gestión estatal o privada, en los niveles inicial a partir de 3 años (primera sección del Jardín de Infantes), primario, secundario, superior promoviendo intervenciones terapéuticas o asistenciales en las áreas emocional y social con el fin de lograr su inclusión social y educativa y de mejorar su calidad de vida. Queda excluida la cobertura en Institución de modalidad de Educación Especial.
- IOMA no determina la necesidad de la incorporación del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común sino que será el Sistema Educativo el que decida acerca de la incorporación mencionada, medida que deberá estar centrada en la necesidad del afiliado más que en la existencia de un determinado diagnóstico, necesidad institucional o familiar. Las autoridades del Sistema Educativo autorizarán ingreso del efector del servicio a la institución educativa, con detalle de nombre y apellido de la persona que realizará la tarea y el horario a cumplir en la institución, documento que deberá contar con firma y sello de la Inspectora de Área o Distrital de la Dirección General de Cultura y Educación en provincia de Buenos Aires o autoridades del Ministerio de Educación de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. IOMA financiará el servicio según criterios y valores de la norma vigente.
- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común brindará su servicio de acuerdo a la carga horaria requerida por la Institución y avalada por los supervisores.
- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común puede realizar tareas para fomentar la inclusión educativa y social, el manejo autónomo e independiente, propiciando el autovalimiento.
- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común puede realizar actividades terapéuticas (acciones destinadas a contener conductas disfuncionales favoreciendo el autovalimiento, la independencia y la incorporación de nuevos modelos de interacción social) y/o asistenciales (acciones para atender las necesidades básicas tales como transferencias, movilidad, higiene, alimentación u otra atención especializada que se requiera) según la definición del Proyecto Curricular del afiliado y la Institución, contando siempre con el consenso de su red primaria de apoyo, la Institución Educativa y el equipo tratante. NO realizará tareas PEDAGÓGICAS, las intervenciones curriculares estarán a cargo exclusivamente de los docentes del Sistema Educativo.
- El Acompañante Terapéutico en Domicilio brindará su servicio de acuerdo a las indicaciones de trabajo brindadas por el equipo interdisciplinario y con la carga horaria máxima de 6 horas por día, 25 horas por semana y 100 mensuales siempre y cuando se considere adecuado para el tratamiento del afiliado.
- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común o en Domicilio no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.
- Si el afiliado recibe servicio de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común no podrá recibir servicio de Acompañante Terapéutico en Domicilio a ser brindado por el mismo efector.
- En ningún caso el Acompañante Terapéutico excederá la carga horaria máxima de 12 horas diarias de atención para 2 o más afiliados (en cualquiera de los servicios previstos por normas del Instituto). Si la carga horaria diaria brindada es menor, podrá prestar otro servicio hasta completar un máximo de 12 horas diarias.
- IOMA no posee relación contractual alguna con los efectores del servicio ni sus representantes, y no interviene en su búsqueda, entrevista ni elección de estos.

- Los términos convenidos con el afiliado o su red primaria de apoyo respecto de la prestación del servicio no son vinculantes ni obligatorios para IOMA en todo lo que exceda el reconocimiento y cobertura establecido por parte del Instituto.
- La prestación de servicios deberá ajustarse a la reglamentación y requerimientos de IOMA, como pedidos de informes, planillas de horarios, inspecciones, auditorías, etc. sin que esto configure relación de dependencia o laboral alguna con IOMA.
- La autorización del modulo y servicio opcional está sujeta, en todos los casos, a la auditoría especializada del Sector Educativo Terapéutico de la Dirección de Programas Específicos de IOMA.

**Mediante la presente, accedo a brindar el servicio propuesto y autorizado favor del afiliadx arriba enunciado, declarando conocer la normativa y aranceles de IOMA para dicha prestación, sin percibir suma extra alguna fuera de los montos reconocidos por esta Obra social.**

\_\_\_\_\_  
Responsable del equipo  
*Firma, aclaración y sello*

\_\_\_\_\_  
Familiar responsable  
*Firma y aclaración*

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_