



OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES

Secretaría de Acción Social

Apoyo a la Integración Escolar

Requerimientos para el Médico que Prescribe	2
Requisitos afiliados Apoyo a la Integración Escolar	3
Presupuesto Equipo de Apoyo para la Integración Escolar [ARCHIVO EDITABLE]	4
Resumen de Historia Clínica	5
Prescripción Médica	6
Planilla de Conformidad	7
Facturación Apoyo a la Integración Escolar	8
Planilla de Asistencia Mensual Apoyo Escolar	9



Requerimientos para el Médico que Prescribe

Resumen de Historia Clínica

- ✓ Debe estar redactada por el profesional médico de cabecera y contener diagnóstico, antecedentes de la patología, estado actual y Plan terapéutico solicitado.
- ✓ Firmada por el médico de cabecera con el sello correspondiente.
- ✓ Solo podrán completar los pedidos médicos: Medico Neurólogo, Médico Pediatra o Medico Clínico, **sin excepción.**

Prescripción médica

- ✓ Debe presentarse a parte de la Historia Clínica.
- ✓ Debe contener la indicación precisa del tipo de tratamiento, ya sea Individual o Institucional, detallando el periodo del mismo y cantidad de sesiones mensuales.
- ✓ En caso de tratamiento Institucional, indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.)
- ✓ Si se prescribe transporte, tener en cuenta que para el mismo se contemplan aquellos casos con discapacidad que presenten minusvalías motoras, visuales, psicosis y/o autismo. En caso de otras patologías de deberá efectuar una justificación del mismo quedando su otorgamiento a criterio del Director Médico - Auditoría Médica de la Obra Social.
- ✓ Se debe completar la Planilla correspondiente a la solicitud de Transporte con firma sello del médico de cabecera. Si se solicita dependencia, el médico deberá completar la Escala de Independencia Funcional (FIM) con la justificación correspondiente.
- ✓ Planilla de Conformidad: debe estar completa con la/s Prestación/es prescriptas en una misma planilla, firmada por el titular y el médico de cabecera.
- ✓ Se brindará y se autorizará la medicación siempre y cuando corresponda con la patología del afiliado, con el diagnóstico correspondiente, sin excepción alguna. No se cubrirá medicación de venta libre y las planillas se renovarán cada 6 meses.
- ✓ Se brindarán y autorizarán pañales según la patología del afiliado con el diagnóstico y la justificación correspondiente.

En caso de solicitar tratamiento institucional (centro de día, centro educativo terapéutico, hogar o centro de rehabilitación) el médico que prescribe debe ser externo a la Institución donde concurrirá el afiliado.

IMPORTANTE:

Toda enmienda debe estar salvada con la firma y sello del médico de cabecera. Tanto el resumen de Historia Clínica como la prescripción médica deben tener fecha anterior al presupuesto y al inicio del tratamiento.



Requisitos - Afiliados

Apoyo a la Integración Escolar

Los afiliados deben presentar:

- ✓ Fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente.
- ✓ Fotocopia DNI, credencial de la Obra Social y recibo de sueldo.
- ✓ Constancia de alumno regular del establecimiento educativo correspondiente (original).
- ✓ Resumen de Historia Clínica, prescripción médica del tratamiento indicado por el neurólogo, pediatra o médico clínico, con el período de la prestación, Planilla de Conformidad completa, todo con fecha anterior al inicio del tratamiento **sin excepción**.

MUY IMPORTANTE:

Sin el Certificado de Discapacidad no se cubrirá la prestación.
Si el Certificado vence durante el período prestacional, RECUERDE que debe realizar la renovación del mismo y presentar la constancia del trámite en curso para la continuidad de la/s terapia/s.
No firmar las planillas de asistencia sin que el afiliado haya concurrido a las terapias, colegio y /o transporte.

Para el Prestador:

- ✓ Presupuesto (según el pedido médico, con fecha posterior al pedido médico). Con firma y sello del Director/ Representante Legal o Profesional a cargo del tratamiento.
- ✓ Nombre completo de la Institución con domicilio actualizado.
- ✓ Fotocopia de Constancia de Inscripción en AFIP vigente y último pago de Monotributo.
- ✓ Acta de acuerdo.
- ✓ Constancia de Inscripción de Ingresos Brutos o Convenio Multilateral con formulario CM01 y CM02; en caso de estar exentos de Ingresos Brutos nota de justificación.
- ✓ Inscripción en las Superintendencia donde conste la modalidad y la categorización actualizada.
- ✓ Podrán brindar apoyo a la Integración Escolar: instituciones categorizadas para la modalidad Apoyo a la Integración Escolar.
- ✓ Plan Terapéutico (entre 5 a 10 hojas).
- ✓ Adjuntar el presupuesto autorizado en la 1º factura.
- ✓ Toda la documentación del Prestador deberá estar en su totalidad con firma y sello en su totalidad.
- ✓ CBU del prestador certificada por el Banco o constancia emitida por el Home Banking.

Podrán comenzar a brindar la terapia una vez autorizado el presupuesto.

IMPORTANTE:

Todo cambio de tratamiento deberá acompañarse de fundamento médico, con nuevo resumen de Historia Clínica, nuevo presupuesto y la documentación correspondiente para su posterior aprobación.
Las autorizaciones del presupuesto son del 10 al 30 de cada mes.



PRESUPUESTO EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Si usted ha descargado el archivo, cuenta con la posibilidad de completar la información solicitada en su computadora e imprimirla.

Datos del afiliado - Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: _____ Fecha _____

Nombre y apellido: _____

Afiliado N° _____ DNI N° _____

Datos de la prestación y actividad áulica

Prestación / Especialidad _____

Institución que brindara la prestación - Escuela Común _____

Sita en la calle _____ N° _____

de la ciudad de _____

Datos del prestador

Categoría A B C

Nombre y apellido / Razón Social _____

Domicilio real donde se brindara la prestación _____

Teléfono _____ CUIT _____

E-Mail _____

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Cantidad de horas mensuales _____

Monto mensual \$ _____

Período: desde _____ hasta _____ Año _____

Firma

Aclaración

Sello de la
Institución /Prestador



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Antecedentes _____

Estado actual _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma y sello
Médico Auditor

Firma y sello
Médico de Cabecera



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Obra Social de Choferes de Camiones
San José 1775/81 (1136) CABA - Tel. (011) 4378-1000 - asdiscap@spdps.com.ar
Personería Social Nro. 1-0580-4 - Resolución I.N.O.S. Nro. 683/80

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Indicación Médica (indicar todas las prestaciones que necesita el afiliado durante todo el año y la cantidad de sesiones por semana de cada terapia).

Período _____ / _____ año _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma y sello
Médico de Cabecera



PLANILLA DE CONFORMIDAD

Por la presente, presto conformidad al Plan de Tratamiento que se brindara al afiliado:

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____

Edad _____ F. de Nac. _____ Afiliado N° _____

Domicilio _____ N° _____

Localidad _____ CP _____

Teléfono _____ Otro tel. _____

E-mail _____

por la/s siguiente/s prestación/es _____

de acuerdo a la/s prestaciones médico-asistenciales indicada/s para el período que comprende de

_____ a _____ del año _____

Beneficiario, familiar o tutor

Firma

Aclaración

DNI

Profesional tratante o prestador

Firma y sello

Lugar y fecha _____ de _____ de _____



Facturación - Apoyo a la Integración Escolar

Las facturas deben ser confeccionadas de la siguiente manera:

- ✓ Dirigidas a la Obra Social (O.S.CHO.CA) CUIT N° 30-67788309-6.
- ✓ Se recibirán facturas los primeros 5 días hábiles de cada mes de 9 a 15.30hs.
- ✓ Mencionar en la factura la prestación que se brinda al afiliado.
- ✓ Mencionar apellido, nombre y N° de afiliado.
- ✓ Mencionar el mes al que corresponde el período facturado.
- ✓ Adjuntar con cada factura dos (2) copias de la misma, fotocopia del último recibo de sueldo y credencial de Obra Social del niño.
- ✓ En caso que la prestación sea la de un Colegio especial, deberá adjuntar a la factura, constancia de alumno regular de colegio común y especial.
- ✓ En caso que la prestación sea la de una Profesional deberá presentar con la factura, constancia de alumno regular del colegio común y Planilla de Asistencia con las fechas, firmadas y selladas por los padres y la Profesional sin excepción.
- ✓ Las facturas deberán estar firmadas y selladas en original.
- ✓ Adjuntar el Presupuesto Autorizado en la 1° factura.
- ✓ No se recibirán facturas emitidas con una anterioridad a dos meses, considerados a partir del período de prestación vigente, sin excepción.
- ✓ Deberán presentar facturas que tengan CAE y CAI.



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Prestador _____ N° _____

Domicilio _____

E-Mail _____ Tel. () _____

Apellido y nombre del beneficiario _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

Prestación: _____

Período (mes y año) _____

Carga horaria mensual _____ hs de acuerdo al siguiente detalle (*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(*) Se debe indicar la carga horario día por día (no el horario). Ej. 4hs.

NO se debe indicar de 8:00 a 12:00hs.

Lugar donde se realiza la integración _____

Turno (mañana/tarde/doble) _____

PRESTADOR

FAMILIAR O RESPONSABLE

Firma del Responsable
de la Institución

Firma del Responsable
que realiza la integración

Firma

Aclaración y sello

Aclaración y sello

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI