



# **OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES**

## **Secretaría de Acción Social Colegio - C.E.T. Centro de Día - Hogar**

---

<b>Requerimientos para el Médico que Prescribe</b>	<b>2</b>
<b>Requisitos afiliados – Colegio - C.E.T. - Centro de Día - Hogar</b>	<b>3</b>
<b>Presupuesto para Prestaciones Institucionales [ARCHIVO EDITABLE]</b>	<b>4</b>
<b>Resumen de Historia Clínica</b>	<b>5</b>
<b>Prescripción Médica Instituciones (Colegio - C.E.T. - Centro de Día - Hogar)</b>	<b>6</b>
<b>Medida de Independencia Funcional (FIM)</b>	<b>7</b>
<b>Planilla de Conformidad</b>	<b>8</b>
<b>Facturación (Colegio - C.E.T. - Centro de Día - Hogar)</b>	<b>9</b>
<b>Planilla de Asistencia Mensual Instituciones</b>	<b>10</b>

---



# 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: Médico Neurólogo, Médico Pediatra o Médico 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

## Colegio - C.E.T. - Centro de Día - Hogar

### Los afiliados deberán 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). Detallar todo lo que cubre.
- ✓ Nombre completo del Prestador, con domicilio actualizado.
- ✓ En caso de solicitarse Dependencia se debe adjuntar la planilla de FIM (medida de independencia funcional) con el puntaje correspondiente.
- ✓ Fotocopia de Constancia de Inscripción en AFIP vigente.
- ✓ 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.
- ✓ Fotocopia de la categorización otorgada por el Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación vigente.
- ✓ Nómina de profesionales.
- ✓ Plan Terapéutico (entre 5 a 10 hojas).
- ✓ Adjuntar el presupuesto autorizado en la 1° factura.
- ✓ Toda la documentación del Prestador deberá estar en su totalidad con firma y sello en original.
- ✓ 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 PARA PRESTACIONES INSTITUCIONALES

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° \_\_\_\_\_ Prest. con Dependencia Sí  No

### Datos de la prestación

Modalidad Prestacional a brindar \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: Simple  Doble  Incluye almuerzo Sí  No

### 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	Domingo
Desde							
Hasta							

Monto del Presupuesto \$ \_\_\_\_\_

Dependencia 35% \$ \_\_\_\_\_

Monto Total \$ \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Firma

Aclaración

Sello de la  
Empresa /Prestador



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido/s y nombre/s \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Afiliado N° \_\_\_\_\_

Patología \_\_\_\_\_

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

Instituciones (C.E.T.- Colegio - Hogar - C.D) y Transporte

Apellido/s y nombre/s \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ Afiliado N° \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indicación Médica** (indicar tipo de Prestación, Institución con su modalidad y/o transporte, que necesita el afiliado durante todo el año).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dependencia: Sí  No

Período \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Médico de Cabecera



## MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Tabla de puntuación de Niveles de Independencia Funcional		
7	Independencia completa (en tiempo y seguridad)	SIN AYUDA
6	Independencia con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	
5	DEPENDENCIA PARCIAL Con supervisión (con ayuda y/o estímulo verbal)	CON AYUDA
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o más de la tarea)	
3	Con asistencia moderada (realiza entre el 50% y el 74% de la tarea)	
2	DEPENDENCIA COMPLETA Con asistencia máxima (realiza del 25% al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	
Cuidado personal		Puntaje
1	Comida	
2	Aseo	
3	Bañarse	
4	Vestirse la parte superior	
5	Vestirse la parte inferior	
6	Ir al baño (toilet)	
Control esfíntereano		Puntaje
7	Vejiga	
8	Intestino	
Movilidad		Puntaje
TRANSFERENCIA		
9	Cama, silla, silla de ruedas	
10	Toilet	
11	Ducha	
LOCOMOCIÓN		
12	Camina/silla de ruedas	
13	Escaleras	
Comunicación		Puntaje
14	Comprensión (audio-visual)	
15	Expresión (verbal - no verbal)	
Conexión social		Puntaje
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
TOTAL FIM (sobre un total de 126 puntos)		

Conclusión y justificativo de dependencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## Colegio - C.E.T. - Centro de Día - Hogar

### 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.
- ✓ Indicar si el afiliado tiene dependencia o no según solicitud del médico.
- ✓ Mencionar el mes al que corresponde el período facturado.
- ✓ Modalidad de Prestación: Colegio - C.E.T. - Centro de Día - Hogar, etc.
- ✓ Tipo de Jornada: simple o doble y la categoría.
- ✓ Adjuntar con cada factura dos (2) copias de la misma, fotocopia del último recibo de sueldo y credencial de Obra Social del niño.
- ✓ Presentar constancia de alumno regular mensual, con firma y sello de la Directora, Vicedirectora, Representante Legal o Secretaría Administrativa de la Institución.
- ✓ Adjuntar el Presupuesto Autorizado en la 1° factura.
- ✓ Las facturas deberán estar firmadas y selladas en original.
- ✓ 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.

