



OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES

Secretaría de Acción Social Maestra de Apoyo

Requerimientos para el Médico que Prescribe	2
Requisitos afiliados Maestra de Apoyo	3
Presupuesto Maestra de Apoyo [ARCHIVO EDITABLE]	4
Resumen de Historia Clínica	5
Prescripción Médica	6
Planilla de Conformidad	7
Facturación Maestra de Apoyo	8
Planilla de Asistencia Mensual Maestra de Apoyo	9
Baja y Alta de Prestador	10



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 Maestra de Apoyo

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) con firma y sello del prestador.
- ✓ Nombre completo del profesional con domicilio actualizado.
- ✓ Fotocopia de Constancia de Inscripción en AFIP vigente y último pago de Monotributo.
- ✓ 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.
- ✓ Podrán brindar Maestro de Apoyo: profesionales psicopedagogos, profesor de Educación Especial o Lic. en Ciencias de la Educación.
- ✓ El profesional deberá presentar Título habilitante.
- ✓ 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.
- ✓ 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 MÓDULO MAESTRA DE APOYO

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

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 médico-asistenciales _____

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

_____ a _____ del año _____

Familiar o tutor

Firma

Aclaración

DNI

Profesional Tratante

Firma y sello

Lugar y fecha _____ de _____ de _____



Facturación Maestra de Apoyo

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, credencial de Obra Social del niño.
- ✓ Se deberá adjuntar constancia de alumno regular del establecimiento en donde se brinda la prestación y Planilla de Asistencia.
- ✓ Las facturas deberán estar firmadas y selladas en original.
- ✓ Adjuntar el Presupuesto Autorizado en la 1° factura.
- ✓ Adjuntar copia del informativo de la nueva Resolución con la factura del mes en curso según el Nomenclador de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- ✓ 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 MAESTRA DE APOYO (VALOR MÓDULO)

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 que realiza la Integración

Firma

Aclaración

Aclaración

Sello

Vínculo / DNI

