



OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES

Secretaría de Acción Social Rehabilitación

Requerimientos para el Médico que Prescribe	2
Requisitos – Afiliados Rehabilitación	3
Presupuesto para Rehabilitación [ARCHIVO EDITABLE]	5
Resumen de Historia Clínica	6
Prescripción Médica	7
Planilla de Conformidad	8
Facturación Rehabilitación	9
Planilla de Asistencia Mensual / Prestaciones por hora/sesiones	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 beneficiario o titular y el profesional tratante.
- ✓ 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 Rehabilitación

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.**

En caso de realizar la prestación un profesional:

- ✓ Presupuesto (según el pedido médico, con fecha posterior al pedido médico).
Detallar datos completos del profesional y la prestación.
- ✓ Fotocopia de Constancia de Inscripción en AFIP vigente y último pago del 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.
- ✓ Plan Terapéutico (entre 3 a 5 hojas).
- ✓ Adjuntar el presupuesto autorizado en la 1° factura.
- ✓ Toda la documentación del prestador deberá estar con firma y sello en original, en su totalidad.
- ✓ Título habilitante.
- ✓ CBU del prestador certificada por el Banco o constancia emitida por el Home Banking.

En caso de realizar la prestación en un Centro incluir:

- ✓ Presupuesto (según el pedido médico, con fecha posterior al pedido médico).
Detallar datos completos de la Institución y la prestación detallada con firma y sello del Director/Representante Legal.
- ✓ Nómina de profesionales.
- ✓ Inscripción en la Superintendencia donde conste la modalidad y la categorización actualizada.
- ✓ Plan Terapéutico (entre 3 a 5 hojas).
- ✓ Toda la documentación del Prestador deberá estar con firma y sello en original, en su totalidad.
- ✓ Adjuntar el presupuesto autorizado en la 1° factura.
- ✓ CBU del prestador certificada por el Banco o constancia emitida por el Home Banking.



**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

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 REHABILITACIÓN

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 para la prestación

Modalidad prestacional a brindar _____

Prestaciones a brindar (aclarar la cantidad de sesiones semanales de cada una):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Datos del prestador

Si es un establecimiento, marque la categoría: A () B () C ()

Nombre y apellido / Razón Social _____

Domicilio real donde se brindara la prestación _____

Teléfono _____ CUIT _____

E-Mail _____

Cronograma de Asistencia

Terapias	Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	Desde						
	Hasta						
	Desde						
	Hasta						
	Desde						
	Hasta						
	Desde						
	Hasta						
	Desde						
	Hasta						

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



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 Rehabilitación

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 No. de afiliado.
- ✓ Cantidad de sesiones brindadas.
- ✓ 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.
- ✓ Adjuntar planillas de Asistencia Mensual completas en original.
- ✓ 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

Prestaciones por hora /sesiones (terapias/ET/maestro de apoyo valor hora)

Prestador _____ N° _____

Domicilio _____

E-Mail _____ Tel. () _____

Apellido y nombre del beneficiario _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

Prestación _____

Período (mes y año) _____

Fecha dd/mm/aa	Horario	Cantidad de Sesiones	Firma del Profesional	Firma del Familiar o Responsable

PROFESIONAL

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

Firma

Firma

Aclaración y sello

Aclaración

Matrícula

Vínculo / DNI