



OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES

Secretaría de Acción Social Transporte

Requerimientos para el Médico que Prescribe	2
Requisitos – Afiliados Transporte	3
Presupuesto para Transporte [ARCHIVO EDITABLE]	4
Resumen de Historia Clínica	5
Prescripción Médica	6
Solicitud de Transporte para Afiliados con Discapacidad	7
Medida de Independencia Funcional (FIM)	8
Planilla de Conformidad	9
Facturación Transporte	10
Planilla de Asistencia Mensual Transporte para Rehabilitación	11
Planilla de Asistencia Mensual Transporte para Colegio	12



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 se 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 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 Transporte

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 la licencia de conducir del chofer.
- ✓ 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.
- ✓ Fotocopia de la póliza de seguro y último pago.
- ✓ Fotocopia de la habilitación del transporte actualizada. En caso de remis, habilitación de la remisería actualizada.
- ✓ Adjuntar el Presupuesto Autorizado en la 1º 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.
- ✓ Recorrido de Google Maps o constancia de geolocalización.

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 TRANSPORTE

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 empresa de Transporte

Nombre y Apellido /Razón Social _____

CUIT _____

Domicilio _____ Localidad _____

E-Mail _____ Teléfono _____

Habilitación emitida por _____ Fecha de Vto. _____

Compañía de Seguro _____

Recorrido

El Beneficiario se traslada a la Prestación _____

VIAJE DE IDA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____

Hasta calle _____ N° _____ Localidad _____

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						

VIAJE DE VUELTA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____

Hasta calle _____ N° _____ Localidad _____

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						

PRECIO POR KM \$ _____

Km diarios	Km semanales	Km Mensuales
\$ diarios	\$ semanales	\$ Mensuales

Dependencia 35% \$ _____ Precio Total Mensual del Presupuesto \$ _____

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° _____

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



SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA AFILIADOS CON DISCAPACIDAD

Apellido/s y nombre/s _____

DNI _____ Afiliado N° _____

IMPORTANTE:

Si el beneficiario es menor, debe viajar acompañado por un familiar adulto o tutor sin excepción.

Solo por el Médico

Patología _____

Diagnóstico _____

DSM IV-CIE X _____

Solicitud de transporte (motivo y justificación médica) _____

Firma y sello
Médico de Cabecera

Solo por el Médico Auditor

Consignar los ejes _____

Firma y sello
Médico Auditor



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)		

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 Transporte

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 apellido, nombre y No. de afiliado.
- ✓ Cantidad de viajes. Con punto de partida y destino.
- ✓ Mencionar el mes y prestación al que corresponde el período de facturación.
- ✓ Indicar si el afiliado tiene dependencia o no según solicitud del médico.
- ✓ Cantidad de kilómetros recorridos (diario, semanal y mensual).
- ✓ Monto por día, por semana y mensual de la Prestación.
- ✓ El importe debe estar en letras y números.
- ✓ Adjuntar con cada factura dos (2) copias de la misma, fotocopia del último recibo de sueldo del afiliado.
- ✓ Adjuntar planillas de Asistencia mensual completas en original, con firma y sello del profesional, Institución, Director Médico o Representante Legal.
- ✓ 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 TRANSPORTE PARA REHABILITACIÓN

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



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL TRANSPORTE PARA COLEGIO

Prestador _____ N° _____

Domicilio _____

E-Mail _____ Tel. () _____

Apellido y nombre del beneficiario _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

Prestación transporte a: (indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o razón social de la Institución)

Período (mes y año) _____

IDA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____

Hasta calle _____ N° _____ Localidad _____

Km por viaje _____ Cantidad de viajes mensuales _____

VUELTA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____

Hasta calle _____ N° _____ Localidad _____

Km por viaje _____ Cantidad de viajes mensuales _____

Total de km por día _____ Cantidad de días/mes _____

Total km mensuales _____

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

PRESTADOR (COLEGIO)

FAMILIAR O RESPONSABLE

Firma

Firma

Aclaración y sello

Aclaración

Vínculo / DNI