



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social

Acompañante Terapéutico

2023



Requisitos - Afiliados

Acompañante Terapéutico

Los afiliados deberán presentar:

- ✓ Fotocopia del CUD vigente.
- ✓ Fotocopia del DNI.
- ✓ Planilla de conformidad.
- ✓ Resumen de historia clínica redactada por el médico o especialista en salud mental que incluya informe sobre la situación del afiliado y justifique la solicitud de prestación.
- ✓ Pedido médico redactado por el médico o especialista en salud mental de cabecera que incluya: lugar donde se realizara la prestación y carga horaria (día, horas y periodos que lo solicita).

IMPORTANTE

**La documentación se recibirá en original sin tachaduras ni enmiendas, con letra clara y la misma tinta.
Se ruega no repetir informes de evaluación o evolución. En caso de no haber evolución favorable, explicarlo.**



Requisitos - Prestadores Acompañante Terapéutico

Documentación específica del prestador:

- ✓ CBU (certificado por el Banco).
- ✓ Ingresos Brutos.
- ✓ AFIP y pago de último Monotributo.

En caso de una solicitud de alta presentar:

- ✓ Fotocopia del título habilitante y certificados de formación de acompañante terapéutico afines a la problemática del afiliado (si tuviera). Debe estar reconocido por organismos públicos nacionales, provinciales o municipales tales como el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerios de Salud, Dirección Gral. de Cultura, Dirección Provincial de Educación de Gestión Privada y Universidades Nacionales (no se aprobarán certificados de cursos on-line).
- ✓ Currículum vitae con teléfono, mail de contacto y referencias comprobables.
- ✓ Datos de la institución o profesional con quien supervisa su práctica.
- ✓ Plan de trabajo del A.T. que incluya objetivos generales específicos y metodología de trabajo, acciones a desarrollar del equipo interviniente considerando que el acompañante terapéutico debe insertarse en un tratamiento interdisciplinario.
- ✓ En caso de concurrir a una institución adjuntar la orden de autorización y el acta presentando conformidad para el desempeño de su trabajo.

En caso de una renovación de alta presentar:

- ✓ Fotocopia del título habilitante y certificados de formación de Acompañante terapéutico afines a la problemática del afiliado (si tuviera). En caso de no contar con este tipo de certificación quedará sujeto a aprobación de auditoría.
- ✓ Currículum vitae con teléfono, mail de contacto y referencias comprobables.
- ✓ Datos de la institución o profesional con quien supervisa su práctica.
- ✓ Plan de trabajo del A.T. que incluya objetivos generales específicos y metodología de trabajo, acciones a desarrollar del equipo interviniente considerando que el acompañante terapéutico debe insertarse en un tratamiento interdisciplinario.
- ✓ Informe de evolución del trabajo realizado que incluya modalidad de atención, objetivos alcanzados y con firmas del acompañante terapéutico y supervisor.

IMPORTANTE

La documentación se recibirá en original, sin tachaduras ni enmiendas, con letra clara y la misma tinta.



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



PEDIDO MÉDICO

Apellido/s y nombre/s _____

DNIN° _____ 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 2023

Lugary fecha _____ de _____ de _____

Firma y sello
Médico de Cabecera



CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 2023
ANEXO II

Datos del beneficiario

Apellido y nombre: _____
Número de Afiliado: _____
Teléfono: _____
Mail del afiliado: _____
Yo _____ con Documento Tipo (____) N° _____
doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detalla/n y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: _____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma

Aclaración

Si el firmante no es la persona con discapacidad completar:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: _____
manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración y DNI



PRESUPUESTO PARA ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Si usted ha descargado el archivo, cuenta con la posibilidad de completar la información 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° _____

Teléfono: _____ E-Mail _____

Datos para la prestación

Prestación a brindar (aclarar la cantidad semanal de horas) _____

Datos del prestador

Nombre y apellido / Razón Social _____

Domicilio real donde se brindará la prestación _____

Teléfono _____ CUIT _____

E-Mail _____

Cronograma de Asistencia

Acompañante terapéutico	Días horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Desde							
	Hasta							

Monto mensual \$ _____

Período: desde _____ hasta _____ Año _____

PROFESIONAL

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE/TUTOR

Firma original

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello

Vínculo / DNI



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Prestador _____ N° _____

Domicilio _____

E-Mail _____ Tel. () _____

Apellido y nombre del beneficiario _____

DNIN° _____ 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



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

BAJA Y ALTA DE PRESTADOR

_____ de _____ de _____

Quien suscribe Sr./Sra. _____

familiar de _____

Afiliado N° _____

Informo a través de la misma, la BAJA DEL PRESTADOR _____

con especialidad en _____

y solicito el ALTA DEL PRESTADOR _____

con especialidad en _____

Motivo de la baja _____

Firma del titular

Aclaración

DNI

Firma y sello del
Médico Auditor