



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social
Acompañante
Terapéutico

2024



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).
- ✓ Constancia de alumno regular o reserva de vacante con horario escolar (solo alumnos).

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 _____

DNIN° _____ 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 horas por semana).

Período _____ / _____ año 2024

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma y sello
Médico de Cabecera



CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 2024

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 y 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

Completar con lapicera azul

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



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 _____

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Firma del titular	Aclaración	DNI	Firma y sello del Médico Auditor