

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
FORMULARIOS PARA PRESCRIPCIÓN DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO POR MÉDICOS ESPECIALISTAS

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

**IMPORTANTE:**

- 1) Siendo el Acompañante Terapéutico una prestación de **salud mental**, no denominada conforme el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral en favor de las Personas con Discapacidad (Ley 24.901) sólo se contemplará para diagnósticos de discapacidad mental.
- 2) Debe ser solicitada por un Médico Psiquiatra de adultos o infante juvenil, según corresponda a la edad del afiliado, o por Neurólogo infantil.
- 3) El presente Formulario, debe ser completado en su totalidad, sin excepción, por un **Médico Psiquiatra de adultos o infante juvenil**, según corresponda a la edad del afiliado, o por **Neurólogo infantil**, quien a la vez es el médico responsable de la dirección y supervisión del tratamiento del paciente en lo relacionado al Acompañamiento Terapéutico.
- 4) **El Acompañante Terapéutico debe estar coordinado por un equipo de salud mental** conformado por Médico Psiquiatra y Psicólogo. En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o planes de trabajos que sean extendidos y que estén a cargo de un profesional familiar directo del afiliado.
- 5) El Acompañante Terapéutico debe enmarcarse en un **tratamiento interdisciplinario**, con **planificación concreta de actividades** para el afiliado individualmente considerado y deben **justificarse médicamente los beneficios** de la incorporación del Acompañante.
- 6) En los casos que el Acompañante Terapéutico sea requerido para que el niño/a pueda permanecer la totalidad de la jornada en la institución escolar a la que asiste, deberá presentarse además informe interdisciplinario y nota de la institución educativa solicitando la prestación.
- 7) En todos los casos, los datos del presente Formulario serán cotejados con el Formulario de Historia Clínica -evolucionada y actualizada-, con el esquema global de terapias/prestaciones de rehabilitación, con el Plan de Acompañamiento y con el contexto socio-familiar del afiliado beneficiario. De este modo, Auditoría Médica determinará -en caso de ser necesario- la realización de Auditoría de Terreno a efectos de corroborar los datos plasmados en los Formularios con la evaluación clínica *in situ* y así confirmar o descartar la solicitud.
- 8) Las autorizaciones se realizarán por un **período máximo de 6 meses**. En caso de solicitar la renovación, la misma deberá presentarse antes del vencimiento y deberá estar acompañada del Formulario de Historia Clínica -evolucionada y actualizada- y del informe concreto de los objetivos alcanzados y trabajo realizado.
- 9) Se solicita **letra clara, en tinta azul o negra**. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.
- 10) En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o prescripciones que sean extendidos por un médico familiar directo del afiliado.
- 11) El presente formulario deberá contar con el correspondiente estampillado de Ley.

**DATOS DEL AFILIADO**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**Nro. de afiliado:** \_\_\_\_\_ **Plan:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_ **Género:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

---

---

---

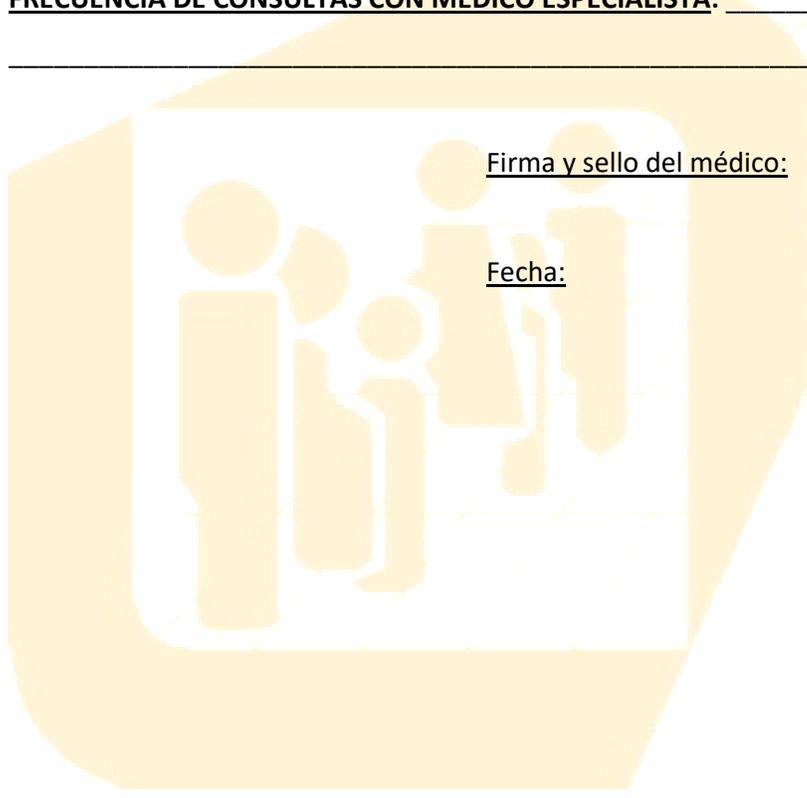
---

---

**FRECUENCIA DE CONSULTAS CON MÉDICO ESPECIALISTA:** \_\_\_\_\_

---

---



Firma y sello del médico:

Fecha:

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
FORMULARIOS PARA ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS

**FORMULARIO DE PLAN DE TRABAJO DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

**IMPORTANTE:**

- 1) Debe ser completado en su totalidad, sin excepción, por el **Acompañante Terapéutico que llevará a cabo las actividades conforme los objetivos establecidos por el Médico especialista**, quien a la vez es el médico responsable de la dirección y supervisión del tratamiento del paciente en lo relacionado al Acompañamiento Terapéutico.
- 2) Se solicita **letra clara, en tinta azul o negra**. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.
- 3) En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o planes de trabajos que sean extendidos y que estén a cargo de un Acompañante Terapéutico familiar directo del afiliado.
- 4) **OSPAC sólo autorizará que el Acompañamiento Terapéutico sea realizado por un profesional de la salud: a) Psicólogo, b) Licenciado en Psicología, c) Licenciado en Terapia Ocupacional, d) Profesional con título intermedio obtenido en la carrera de Psicología o Licenciatura en Psicología, debidamente aprobado por el Ministerio de Educación de la Nación, e) Acompañante Terapéutico, graduado en una carrera universitaria de duración igual o mayor a dos (2) años y debidamente aprobada por el Ministerio de Educación de la Nación, e) Tecnicatura en Acompañante Terapéutico.**
- 5) El Acompañante Terapéutico debe estar **coordinado por un equipo de salud mental** conformado por Médico Psiquiatra y Psicólogo. En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o planes de trabajos que sean extendidos y que estén a cargo de un profesional familiar directo del afiliado.
- 6) El Acompañante Terapéutico debe enmarcarse en **un tratamiento interdisciplinario, con planificación concreta de actividades** para el afiliado individualmente considerado y **deben justificarse médicamente los beneficios** de la incorporación del Acompañante.
- 7) En todos los casos, los datos del presente Formulario serán cotejados con el Formulario de Historia Clínica -evolucionada y actualizada-, con la solicitud médica del Acompañante Terapéutico, con el esquema global de terapias/prestaciones de rehabilitación y con el contexto socio-familiar del afiliado beneficiario. De este modo, Auditoría Médica determinará -en caso de ser necesario- la realización de Auditoría de Terreno a efectos de corroborar los datos plasmados en los Formularios con la evaluación clínica *in situ* y así confirmar o descartar la solicitud.
- 8) Las autorizaciones se realizarán por un **período máximo de 6 meses**. En caso de solicitar la renovación, la misma deberá presentarse antes del vencimiento y también deberá estar acompañada del informe concreto de los objetivos alcanzados y trabajo realizado.
- 9) Siendo que la prestación de Acompañante Terapéutico no se encuentra nombrada por la Ley 24.901, ni su arancel determinado por Resoluciones de Ministerio de Salud y/o Agencia de Discapacidad, el valor de la prestación será determinado por OSPAC e informado a todos los profesionales que así lo consulten y que pretendan desempeñarse como Acompañantes Terapéuticos.

**DATOS DEL AFILIADO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Nro. de afiliado: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
FORMULARIOS PARA ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS

**PRESUPUESTO ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS**

Fecha y lugar de emisión: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Nro. de afiliado: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

**Datos de la Prestación: ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

Período: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año 2019

Cantidad de horas semanales: \_\_\_\_\_ Valor hora autorizado por OSPAC: \_\_\_\_\_

Monto mensual autorizado por OSPAC: \_\_\_\_\_

**Datos del Prestador:**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ Condición frente al IVA: \_\_\_\_\_

**Cronograma de Acompañamiento:**

Domicilio real donde se brinda la prestación: \_\_\_\_\_

<b>Días y horarios</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello del Acompañante:

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
FORMULARIOS PARA ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS

**PLANILLA DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO**

**IMPORTANTE PARA FACTURAR:** La presente planilla debe ser agregada, en original, a la factura o recibo que mensualmente se emita. **Se debe anexar 1 planilla por cada mes.**

Nombre y Apellido del Acompañante: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

Dejo constancia que durante el mes de \_\_\_\_\_ de 2019

brindé \_\_\_\_\_ horas mensuales de Acompañamiento Terapéutico al afiliado \_\_\_\_\_

conforme surge del detalle expuesto a continuación.

Día	Fecha	Desde	Hasta	Firma de Titular o Padre
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Firma y sello del Acompañante:

Firma del Afiliado Titular, Representante Legal, Curador o Apoyo:

Aclaración y DNI:

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
FORMULARIOS PARA ACOMPAÑANTES TERAPEUTICOS

**CONSENTIMIENTO AL PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO**

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Nombre completo del Acompañante: \_\_\_\_\_

Domicilio real de atención, lugar donde se brinda la prestación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Nro. de afiliado: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

**CANTIDAD DE HORAS SEMANALES:** \_\_\_\_\_

**VALOR DE LA HORA AUTORIZADO POR OSPAC:** \_\_\_\_\_

**MONTO MENSUAL AUTORIZADO POR OSPAC:** \_\_\_\_\_

**Cronograma de Acompañamiento:**

Días	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Acompañamiento Terapéutico										

Firma, aclaración y sello del Acompañante:

**CONSENTIMIENTO**

Mediante el presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de acompañamiento descrito precedentemente en favor del afiliado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del afiliado (o representante legal, curador, apoyo): \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de consentimiento: \_\_\_\_\_