



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -
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 nomenclada 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 infanto 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 infanto 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) Se solicita **letra clara, en tinta azul o negra**. No se admitirán tachaduras, ni enmiendas.
- 9) En ningún caso, se recibirán los formularios y/o planillas y/o prescripciones que sean extendidos por un médico familiar directo del afiliado.
- 10) El presente formulario deberá contar con el correspondiente estampillado de Ley

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:

Afiliado N°: Plan:

Fecha de nacimiento: / / Edad: Género:

Peso: Altura:



DATOS DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Nombre y Apellido:

Matrícula: Especialidad:

Domicilio: Localidad:

Teléfonos: Email:

HISTORIA CLÍNICA

Diagnóstico:

INDICACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

- 1) Debe detallarse el **informe de evaluación inicial** (si es la primera vez que atiende al afiliado) o **el informe de evolución** (si el afiliado se encuentra en tratamiento con el mismo Médico Especialista desde períodos anteriores).
- 2) Se ruega **no repetir informes**. En caso de no haber evolución favorable, explicitarlo.
- 3) Detallar el equipo interdisciplinario con el que trabajará el Acompañante Terapéutico.
- 4) **Explicitar la propuesta terapéutica, los objetivos concretos perseguidos, la indicación de horas semanales y las actividades a realizar para alcanzar dichos objetivos en el año 2021.**

FRECUENCIA DE CONSULTAS CON MÉDICO ESPECIALISTA:

Fecha: / /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -
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) 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:

Afiliado N°: Plan:

Fecha de nacimiento: / / Edad: Género:



DATOS DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Nombre y Apellido:	<input type="text"/>		
Matrícula:	<input type="text"/>	Especialidad:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Teléfonos:	<input type="text"/>	C.U.I.T.:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Inscripción en el R.N.P.:	<input type="text"/>

PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO

- 1) Debe detallarse el **informe de evaluación inicial o estado de situación** (si es la primera vez que atiende al afiliado) o **el informe de evolución** (si brinda el Acompañamiento Terapéutico al afiliado desde períodos anteriores).
- 2) Se ruega **no repetir informes**. En caso de no haber evolución favorable, explicitarlo.
- 3) **Elaborar la propuesta metodológica del Plan de Acompañamiento (con indicación concreta de los objetivos perseguidos y las estrategias del equipo interviniente), exponer la planificación concreta de las actividades a realizar para alcanzar dichos objetivos en el año 2021**

Fecha: / /

FIRMA Y SELLO DE PROFESIONAL



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -
FORMULARIOS PARA ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS

PRESUPUESTO ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS

Lugar: Fecha: / /

Nombre y Apellido:

Afiliado N°: Plan:

Datos de la Prestación: ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Período: desde hasta año 2021

Cantidad de horas semanales: Valor hora autorizado por OSPAC:

Monto mensual autorizado por OSPAC:

Datos del Prestador

Razón Social:

Domicilio: Localidad:

Email: Teléfono:

CUIT: Condición frente al I.V.A.:

Director de la Institución:

Cronograma de Acompañamiento

Domicilio real donde se brinda la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
DESDE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HASTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO DEL PROFESIONAL



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -
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 prestación que realice el afiliado y 1 planilla por cada mes.**

Nombre del acompañante:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Dejo constancia que durante el mes de brindé horas mensuales de

Acompañamiento Terapéutico al afiliado

conforme surge del detalle expuesto a continuación.

Día	Fecha	Desde	Hasta	Firma del titular o padre
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	



Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

FIRMA Y SELLO DEL ACOMPÑANTE

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR, REPRESENTANTE LEGAL, CURADOR O APOYO

ACLARACIÓN

D.N.I.:



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -
FORMULARIOS PARA ACOMPAÑANTES TERAPEUTICOS

CONSENTIMIENTO AL PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO

Lugar: Fecha: / /

Nombre completo del acompañante:

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

Localidad: Teléfono:

Nombre del afiliado:

D.N.I.: Afiliado N°: 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma, aclaración y sello del Acompañante

CONSENTIMIENTO

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

D.N.I.:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO (O REPRESENTANTE LEGAL, CURADOR, APOYO)

D.N.I.:

Teléfono:

Lugar: Fecha: / / de consentimiento.