

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 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) 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: _____

Nro. de afiliado: _____ **Plan:** _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Edad:** _____ **Género:** _____

Peso: _____ **Altura:** _____

DATOS DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____ **Especialidad:** _____

FRECUENCIA DE CONSULTAS CON MÉDICO ESPECIALISTA: _____

Firma y sello del médico:

Fecha:



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: _____

Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Género: _____

DATOS DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

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

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: _____

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello del Acompañante:

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 mes.**

Nombre y Apellido del Acompañante: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Dejo constancia que durante el mes de _____ de 2021

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				

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 2021 -
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
Horarios										
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: _____