



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

**Secretaría de Acción Social
Rehabilitación**

2024



Requisitos - Afiliados Discapacidad

Los afiliados deben presentar:

- ✓ Fotocopia del CUD vigente.
- ✓ Fotocopia del DNI.
- ✓ Constancia de alumno regular o reserva de vacante.
- ✓ Planilla de conformidad.
- ✓ Resumen de historia clínica, prescripción médica del tratamiento indicado por el neurólogo, pediatra o médico clínico con el periodo de la prestación.

En caso de:

- ✓ **Prestación de apoyo / rehabilitaciones:** indicar tipo de tratamiento, ya sea, individual e institucional detallando el periodo del mismo y cantidad de sesiones.
- ✓ **Tratamiento institucional:** indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.).
- ✓ **Transporte:** solicitar el traslado a la prestación con días y horarios.

Si se solicita:

- ✓ **Solicitar dependencia para las prestaciones de hogar, hogar con centro de día, hogar con CET, centro de día y centro educativo terapéutico:** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindara conforme al Plan de Abordaje Individual.
- ✓ **Solicitar dependencia para la prestación de transporte:** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por el médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.



Requisitos - Prestadores Discapacidad

Los prestadores deben presentar:

- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- ✓ Constancia de AFIP, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- ✓ Pago del Monotributo.
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Documentación específica de cada prestación:

Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:

- ✓ Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
- ✓ Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante.
- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación. - Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- ✓ Módulo de Apoyo a la Integración Escolar con equipo (título del profesional que da la prestación en el aula).
- ✓ Constancia de AFIP y último pago de Monotributo.
- ✓ Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco)
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar

- ✓ Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.
- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- ✓ Constancia de AFIP, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco)
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.



Colegio / CET / Centro de día

- ✓ Nómina de profesionales
- ✓ Plan terapéutico (preferentemente 5 hojas)
- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agenda Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- ✓ Constancia de AFIP, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco)
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Prestación de apoyo / Rehabilitación

- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).
- ✓ Constancia de AFIP y último pago de Monotributo.
- ✓ Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- ✓ Plan de tratamiento (preferentemente 5 hojas).
- ✓ Títulos de los profesionales.

Transporte

- ✓ Habilitación de transporte actualizada. En caso de remis, habilitación de remisería póliza de seguro y último pago verificación técnica vehicular.
- ✓ Licencia de conducir.
- ✓ CBU bancario del prestador.
- ✓ Ingresos Brutos.
- ✓ Constancia de AFIP y último pago.
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Recorrido de Google Maps o constancia de geolocalización, firmado por beneficiario y/o familiar, responsable/tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.



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



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

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

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).

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Período (*): _____ 2024 a _____ 2025.

(* Ejemplo: si la prestación se pide en enero, el médico debe poner: enero 2024 a enero 2025.

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 REHABILITACIÓN

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

Prestaciones a brindar (aclarar la cantidad de sesiones semanales de cada una):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Datos del prestador

Categoría

 A B C

Nombre y apellido / Razón Social _____

Domicilio real donde se brindara la prestación _____

Teléfono _____ CUIT _____

E-Mail _____

Cronograma de Asistencia

Terapias	Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	Desde						
	Hasta						
	Desde						
	Hasta						
	Desde						
	Hasta						
	Desde						
	Hasta						

Monto mensual \$ _____

Período: desde _____ hasta _____ Año _____

PROFESIONAL

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

Firma original

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello

Vínculo / DNI



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL

Prestaciones por hora / sesiones (terapias/ET/maestro de apoyo valor hora)

****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 original

Firma original

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 _____

Firma del titular

Aclaración

DNI

Firma y sello
del Médico Auditor