

## REQUISITOS de ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

### Mecanismo de integración

- 1 - Certificado actualizado del número de Registro Nacional de Prestadores en la Superintendencia de Servicios de la Salud.
- 2 - Inscripción y condición fiscal frente a AFIP. En caso de ser exento en el Impuesto a las Ganancias, presentar certificado de exención RG según Resolución General vigente **nro. 2681** por el período actual.
- 3 - Póliza de seguro de mala praxis responsabilidad civil.
- 4 - Ingresos brutos – constancia de inscripción y/o exención. (Excluyente)
- 5 - Constancia de CBU expedido por el banco correspondiente.
- 6 - Habilitación.
- 7 - En caso de atención a personas con discapacidad, inscripción en el Registro Nacional de Prestadores a Personas con Discapacidad.
- 8 - Constancia de categorización.
- 9 - Habilitación del establecimiento.

Consultas al:

Email: [nolmos@adoscomodoro.org.ar](mailto:nolmos@adoscomodoro.org.ar)

WhatsApp: 297-5362884

## Documentación específica Acompañante Terapéutico

- Curriculum Vitae actualizado.
- Fotocopia de seguro de mala praxis y comprobante del último pago.
- Constancia de Inscripción Afip
- Ingresos Brutos y Comprobante de Pago.-
- Antecedentes Penales Nacionales

MATRICULA	si	no
INSCRIPCION EN ASOC. ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO		
Título Habilitante avalado por Ministerio de Educación y Salud.		
Especificar:		
OTROS		
Especificar:		
Adjuntar documentación respaldatoria:		

Valores sujeto a auditoria

Enviar por mail a: [nolmos@adoscomodoro.org.ar](mailto:nolmos@adoscomodoro.org.ar)

Firma A.T. ....

Aclaración.....

## Formulario para solicitud de Acompañante Terapeutico

***El presente Formulario debe ser completado por el médico psiquiatra/terapista ocupacional, depende patología y diagnostico.***

**1-** Siendo el Acompañante Terapéutico una prestación de salud mental, no denominada conforme el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad ( Ley 24901) sólo se contemplará su autorización siempre que se justifique médicamente el beneficio de la incorporación de la Acompañante.

**2-** Debe ser solicitada por un Médico Psiquiatra/terapista ocupacional, completar la planilla de solicitud no reemplaza el pedido médico, el mismo debe ser prescripto conteniendo los siguientes datos:

- Nombre y apellido
- DNI
- Diagnostico: (Debe coincidir con el que figura en el certificado de discapacidad)

Prestación solicitada prescripta por frecuencia semanal  
(Ej. Lunes a Viernes)

Cantidad de hs. diarias (4 hs. x día)  
periodo (ej: enero a diciembre 2024)  
debe aclarar si sera at domiciliario o escolar.

**3-** En los casos que el Acompañamiento sea Escolar, deberá presentarse informe interdisciplinario (todas las terapias o disciplinas) y Nota de la Institución Educativa solicitando la prestación.

**4-** En todos los casos los datos de la presente solicitud serán cotejados con la H. Clínica – actualizada – con el esquema global de terapias / prestaciones de rehabilitación, con el plan de acompañamiento y con el contexto socio-familiar del afiliado. De este modo, Auditoría médica determinará – en caso de ser necesario- la realización de auditoría de terreno y de esta forma, confirmar o descartar la solicitud.-

**5-** Se solicitara, informe semestral firmado por psiquiatra/terapista ocupacional, concreto de los objetivos alcanzados y trabajo realizado, dichos informes se presentaran en julio 2024 con Facturación de Junio y en Enero 2026 con facturación de Diciembre 2025. Cada mes con la facturación se debe adjuntar informe mensual junto a la planilla de asistencia domiciliaria/escolar según corresponda.

**6-** Se solicita letra clara y legible, en tinta negra. De ninguna manera se aceptarán tachaduras ni enmiendas, tanto en los formularios como en los pedidos médicos.







**Escala de FIM**

(Medida de Independencia Funcional)

Independiente	
Independencia Total	
Independiente con Adaptaciones	
Dependiente	
Solo requiere supervisión. No se toca al paciente	
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta hasta 75% o más	
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	

Autocuidado	
Alimentación	
Aseo Personal	
Baño	
Vestimenta superior	
Vestimenta inferior	
Uso del Baño	
Control de Esfínteres	
Control de Intestinos	
Control de Vejiga	
Traslados	
Traslado a la cama, silla o silla de ruedas	
Traslado al baño	
Traslado a la ducha o bañera	
Locomoción	
Marcha o Silla de Ruedas	
Escalera	
Comunicación	
Comprensión	
Expresión	
Conexión	
Interacción Social	
Resolución de problemas	
Memoria	
Puntaje FIM Total	

## Plan de trabajo del Acompañante Terapéutico

***El presente Formulario debe ser completado por el/la Acompañante Terapéutica/o.***

**1-** Se solicita letra clara y legible, en tinta negra. No se aceptarán tachaduras ni enmiendas, tanto en los formularios como en las planillas de asistencia.-

**2-** Solo se autorizará que el Acompañamiento sea realizado por : Acompañante Terapéutico graduado en una carrera universitaria de duración mayor o igual a dos años y debidamente acreditada por el ministerio de educación – Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico

**3-** En los casos que el Acompañamiento sea Escolar, deberá presentarse informe interdisciplinario (todas las terapias o disciplinas) y Nota de la Institución Educativa solicitando la prestación.

**4-** En todos los casos los datos de la presente solicitud serán cotejados con la H. Clínica – actualizada – con el esquema global de terapias / prestaciones de rehabilitación, con el plan de acompañamiento y con el contexto socio-familiar del afiliado. De este modo, Auditoría médica determinará – en caso de ser necesario- la realización de auditoría de terreno y de esta forma, confirmar o descartar la solicitud.-

**5-** Se solicitara, informe semestral firmado por psiquiatra/terapista ocupacional, concreto de los objetivos alcanzados y trabajo realizado, dichos informes se presentaran en julio 2024 con Facturación de Junio y en Enero 2026 con facturación de Diciembre 2025. Cada mes con la facturación se debe adjuntar informe mensual junto a la planilla de asistencia domiciliaria/escolar según corresponda.

**6-** 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 ADOS Comodoro Rivadavia e informado a todos los profesionales que así lo consulten y que pretendan desempeñarse como prestadores de esta Obra Social.

## Datos del Afiliado

Nombre y Apellido	
Cuit del Afiliado	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Dirección	
N° Contacto	

## Datos del Acompañante Terapéutico

Nombre y Apellido	
Cuit	
Especialidad	
Domicilio de atención	
Localidad	
Teléfono	
Correo electrónico	





## Presupuesto Acompañante Terapéutico

Fecha y Lugar de emisión	
Nombre y Apellido	
Cuit del Afiliado	
Dirección	
Fecha de nacimiento	
Edad	

### Datos de la prestación:

Período	desde	hasta
Cantidad de horas	por día	por semana
Valor autorizado	por hora	mensual

### Datos de la prestación:

Nombre y Apellido	
Cuit	
Domicilio	
Localidad	
Teléfono	
Condición frente al IVA	
Correo Electrónico	

### Datos de la prestación:

Debe detallarse un informe de evaluación inicial o informe de evolución


Firma del acompañante .....



**Actualización de datos**

Nombre y apellido	
DNI	
N° de CUIL/CUIT	
Celular	
Email	
Domicilio actual	
Localidad	
Especialidad	
Afiliados (llenados por la o.s.)	

Periodo prestacional (llenado por la o.s.)	
--	--

## PLANILLA DE ASISTENCIA

### Mecanismos de integración

Para la correcta gestión del trámite, complete la siguiente información:

Nombre y apellido	
Nº de afiliado	
Mes de prestación	
Nombre del profesional	

Marcar con X los días que corresponde

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

**PLANILLA DE ASISTENCIA**

	Día	Entrada	Salida	Firma prof.	Sello prof.	Firma pmt.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

## Instructivo entrega de facturas por discapacidad

### **Prestador:**

**1** - Facturas por triplicado la tercera es para el prestador, se sella con recepción

**2** - Planilla de presentismo:

Firma y sello del prestador/director

Firma de la madre/ padre /tutor, con la aclaración.

Deben ser confeccionadas legibles, con fecha, mes de prestación, días y horarios pactados en los cronogramas del presupuesto presentados a la Obra Social.

**3** - Informe semestral (se presentan en Julio con facturación de Junio y en Enero con facturación de Diciembre)

*Las facturas tienen que ser "B" ó "C" porque somos exentos.*

### **Importante para facturar:**

- La planilla de asistencia debe ser anexada en original a la factura que mensualmente se emita.
- La facturación deberá ser presentada del 1 al 10 de cada mes.
- En caso de no poder presentar la factura mensual en tiempo y forma, y ante cualquier eventualidad que surja, el motivo tendrá que ser justificado en forma escrita.
- Los días de atención brindada deben coincidir sin excepción con el cronograma del presupuesto presentado. Para evitar debitos. Feriados nacionales no se reconocen.
- Serán debitadas las sesiones / horas que excedan los pedidos médicos prescritos por el profesional especialista.
- Se debe adjuntar 1 planilla de asistencia por cada mes. En el formato **de la planilla los números del día corresponden al día calendario**

## PLANILLA DE ACUERDO ESCOLAR

### Mecanismo de integración

Para la correcta gestión del trámite, complete la siguiente información:

En el día de la fecha.....  
en la ciudad de.....  
se establece el presente  
acuerdo entre la Escuela.....  
con domicilio en.....  
representada por el Director.....  
el alumno.....  
representado por la  
-Acompañante Terapéutica  
-Maestra de Apoyo  
-Equipo de Apoyo a la Integración Escolar  
representado por.....  
para llevar a cabo la integración escolar  
del alumno/a.....  
en el año.....  
Sala.....  
Grado.....  
Año.....  
Turno.....  
en los días.....  
horario.....  
período.....