

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

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

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 solicitará, 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	

Formulario de plan de trabajo del Acompañante Terapeutico

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**