



Obra Social

Universidad Nacional de Rosario

Santa Fe 2579 – 2000 Rosario – Tel: 08103450413 int. 1600

E-mail: prestacionesespeciales@osunr.com.ar

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD

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 infanto-juvenil, según corresponda a la edad del afiliado, o por Neurólogo infantil con informe detallado.
- 3) Los títulos de los Acompañantes Terapéuticos deben ser emitidos por alguna entidad Oficial pública o privada de educación.
- 4) El Acompañante Terapéutico debe estar coordinado por un equipo de salud mental conformado por Médico Psiquiatra y/o 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.



FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE COBERTURA

Deberá enviarse únicamente por mail a: prestacionesespeciales@osunr.com.ar

Deberá completarse una planilla por Prestación

Beneficiario: Fecha/...../.....

Diagnóstico:

- Pedido médico

Médico de cabecera:

- **PRESTACIÓN A BRINDAR:**

Prestador:..... Teléfono:.....

Correo electrónico:

Lugar de atención: (completar el cuadro correspondiente al domicilio de atención)

Consultorio		Centro		Domicilio		Escuela	
-------------	--	--------	--	-----------	--	---------	--

Nombre del Centro / Consultorios:.....

Domicilio:.....

- Servicio de apoyo a la Integración Escolar o Maestra de apoyo

Constancia de alumno regular- Acta acuerdo

Período:

- Cantidad de sesiones/horas semanales :

- Días y horarios de atención:

.....

Valor sesión / Hora	
Valor mensual	

Dependencia: debe estar prescripta en la historia clínica y en caso de solicitarla se deberá incluir FIM (Escala de Medida de Independencia Funcional)

https://www.osunr.com.ar/formularios_afiliados/prestaciones_especiales_escala_fim.pdf

- **INFORME ACTUALIZADO**

.....

Firma y sello