



# OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS

I.N.O.S. N° 10320/4

BV. OROÑO 1085

TEL.: (0341)444-8016/8022

ROSARIO (PCIA. DE SANTA FE)

---

## REQUISITOS PARA LA CARGA EN PLATAFORMA DE PRESTACIONES DE APOYO/REHABILITACIÓN.

En centros de rehabilitación o profesionales particulares.

1. **Certificado único de Discapacidad**
2. **Pedido médico (RP)** de la prestación solicitada
3. **Conformidad** (anexo III) firmada por madre/padre o tutor (en caso de ser menor de edad)
4. **Resumen de Historia clínica** (mismo médico que firma el RP)
5. **Certificado alumno regular:** si está escolarizado.
6. **Presupuesto**
7. **Plan de abordaje:** debe constar período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
8. **Informe de evaluación inicial:** exclusivamente al comienzo de la prestación, dónde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evolución.
9. **Informe evolutivo:** debe constar modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo, resultados alcanzados.
10. **Informe semestral:** se entrega con la facturación.
11. **Categorización y habilitación:** para centros categorizados
12. **Registro nacional de prestadores:** (RNP)
13. **Constancia de inscripción en Afip:**
14. **Títulos habilitantes**



**OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS  
Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS**  
I.N.O.S. N° 10320/4

BV. ORONO 1085

TEL.: 0810-444-8016

ROSARIO (PCIA. DE SANTA FE)

*Cumplimentar sin errores, tachaduras o enmiendas*

Prescripción médica para:

**TERAPIAS**

FECHA: ..... / ..... / .....  
*(del mes anterior al periodo solicitado)*

Nombre y Apellido del beneficiario: .....

D.N.I.: .....

N° de afiliado: .....

Diagnostico según CUD: .....

Prestación: .....

Cantidad de sesiones semanales: .....

Cantidad de sesiones mensuales: .....

*(sesiones semanales por 4 semanas)*

Periodo: Desde .....

Hasta ..... Año .....

.....  
Firma y sello del médico tratante

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

Fecha: .....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (.....) N° ..... doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. **Prestación:** .....

Prestador: .....

Período de la prestación: desde ..... hasta .....

2. **Prestación:** .....

Prestador: .....

Período de la prestación: desde ..... hasta .....

3. **Prestación:** .....

Prestador: .....

Período de la prestación: desde ..... hasta .....

4. **Prestación:** .....

Prestador: .....

Período de la prestación: desde ..... hasta .....

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: .....

Documento: .....

## **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

FECHA:     /     /

Apellido y nombre :

Obra Social:

Nº DNI:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Antecedentes y datos del examen clínico:

Diagnóstico / capacidad funcional (sensorial/mental, motora)

Evolución del paciente en el último año:

En relación a la alimentación / vestido / higiene personal

Dependiente:

Autovalido

Firma Médico Tratante:

**ANEXO III**  
**MODELOS DE PLANILLAS**

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Modalidad prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Periodo: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Almuerzo: Si - No.

Monto Mensual: \_\_\_\_\_

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Si - No.

Matrícula anual: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_ Monto por Sesión: \_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:** indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS