

ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Requisitos para el afiliado:

Indicación médica del tratamiento:

- Nota de solicitud dirigida al Director/a de OSEP firmada por el afiliado titular, donde conste: firma y aclaración, DNI, N° de carné, domicilio, teléfono y mail.
- Certificado de Discapacidad (C.U.D) vigente.
- Prescripción médica redactada por profesional tratante (neuroólogo, psiquiatra o psicólogo).
- Historia clínica completa detallando:
 - Antecedentes de la patología
 - Evaluación clínica del paciente.
 - Diagnóstico (según manual diagnóstico DSM IV o su correspondencia en CIE 10).
 - Tratamiento farmacológico actual (en caso de corresponder)
 - Indicación de tratamientos de rehabilitación que necesita el paciente.
 - Motivo de la prestación solicitada (especificar la finalidad de la inclusión del A.T. dentro del equipo).
 - Periodo de tiempo por el cual se solicita la prestación: meses, días y horario.
 - Motivo y justificación del pedido de acompañamiento terapéutico y fecha de prescripción.
 - Cronograma de terapias, semana ocupacional, en caso de contar el paciente con abordaje de más terapias o intervención inherentes a su patología tales como: MAE, fonoaudiología, psicomotricista, etc.
 - Presentación de DNI.
 - Constancia de CBU del afiliado titular.

Importante:

La cobertura estará destinada a afiliados que cuenten con certificado de discapacidad (CUD) con diagnósticos inherentes a las siguientes patologías, incluidas como tal en el manual diagnóstico de salud mental, DSMIV y su correspondiente en CIE-10:

- TGD (Trastorno generalizado del desarrollo).
- Depresión y otros tipos de depresivos de manifestación grave.
- Demencias (alzheimer de inicio temprano y tardío).
- Parkinson.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Retrasos madurativos.

El afiliado debe estar enrolado en la OSEP como afiliado con discapacidad. Queda a consideración de Auditoría Médica la posibilidad de solicitar otros requisitos o estudios.

Descargar documentos en página WEB: www.osep.gob.ar

- Nota de solicitud
- Anexo IV formulario de consentimiento informado y aceptación.

¿Dónde realizar el trámite?

Puede realizarlo de manera presencial en Casa Central o enviar la documentación a mesadeentradadiscapacidad.osep@gmail.com para la formación del expediente.

Supervisión del tratamiento:

Informe detallado de la situación de la persona afiliada realizado por el profesional de salud mental (psicólogo o psiquiatra) que dirigirá y supervisará el tratamiento con:

- Motivo y fundamentación de la prestación solicitada (especificar la finalidad de la inclusión del acompañante terapéutico dentro del equipo).
- Antecedentes de la patología.
- Objetivos propuestos a alcanzar, tanto los propios durante la terapia psicológica/psiquiátrica como los objetivos comunes a trabajar con el acompañante terapéutico. Es decir, indicación terapéutica (sobre qué se centrará el tratamiento).
- Período sugerido para el abordaje con acompañante terapéutico (meses, días, horario).

Requisitos para la figura del acompañante terapéutico:

Solicitud de alta y documentación necesaria para la figura del acompañante terapéutico por expediente:

- Evaluación psicológica del paciente (síntomas relevantes, datos relevantes de historia personal, calidad de las relaciones socio afectivas, vida social, indicar si se aplicaron escalas y resultados).
- Diagnóstico (según DSM IV o su correspondencia en CIE-10).
- Indicación terapéutica (sobre qué se centrará el tratamiento).
- Cantidad de sesiones mensuales que realiza con el paciente.
- Pronóstico (opinión sobre el probable curso de la patología, inmediato y futuro, factores predictivos de buen y mal pronóstico).
- Actitud familiar hacia el tratamiento del paciente.
- Estimación prospectiva de tratamiento.

Requisitos para el acompañante terapéutico (propio del AT):

- Presentación de título habilitante y de certificados de cursos o especialidades afines a la problemática de la persona afiliada (avalados por un Organismo Superior) del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Curriculum Vitae del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Constancia de opción de Arca.
- Presentación del DNI.
- Indicar uno o dos números de teléfono de contacto.
- Certificado de antecedentes penales provincial hasta seis (6) meses de antigüedad.

- Plan de trabajo con acciones a desarrollar, estrategias terapéuticas del equipo intervientor, y objetivos a lograr con el afiliado, detallando además: Motivo de la prestación solicitada.
- Diagnóstico (DSM IV o su correspondencia en CIE-10).
- Objetivos generales y específicos a mediano y largo plazo.
- Actividades.
- Estimación del tiempo necesario para cumplir con los objetivos propuestos.
- Duración estimada del A.T. (período calendario ej.: desde marzo a diciembre)
- Frecuencia (consignando días y horarios de atención). *No incluye periodo de receso vacacional (invierno y verano) ni feriados nacionales.
- Espacio donde se realizará el A.T.
- Indicar nombre y apellido del coordinador del tratamiento (psicóloga/psiquiatra).
- Actitud familiar hacia el tratamiento del paciente.
- Presupuesto, carga horaria y plan de trabajo propuesto por el/la acompañante terapéutico.

En caso de estar concurriendo a una institución, adjuntar:

- Copia de orden de autorización y acta de la Institución prestando conformidad del ingreso del/la acompañante terapéutico para el desempeño de su trabajo.
- Informe actualizado del equipo tratante a cargo de los tratamientos que, al momento de solicitar la prestación de A.T, recibe a través de S.A.I.D. (Sistema de Atención Integral al Discapacitado), para lo cual deberá presentar informes de los profesionales intervenientes y/o de la institución a la que el paciente asiste.
- Además deberá acompañar a esta documentación, el consentimiento de la familia, y profesionales intervenientes, donde se explice el compromiso de trabajar de manera conjunta con el equipo terapéutico y estar a disposición para el trabajo con el Acompañante Terapéutico (formulario Acta de Compromiso y de Aceptación de Modalidad de Cobertura de A.T.). - **Anexo IV formulario de consentimiento informado y aceptación.**

¿Dónde realizar el trámite?

Puede realizarlo de manera presencial en Casa Central o enviar la documentación a mesadeentrada@osep.gob.cl para la formación del expediente.

Requisitos para la renovación de cobertura:

- Nota de solicitud dirigida al Director/a de OSEP firmada por el afiliado titular, donde conste: firma y aclaración, DNI, N° de carné, domicilio, teléfono y mail.
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Prescripción médica redactada por Profesional Tratante, (Neurólogo, Psiquiatra o Psicólogo).
- Presentación de resolución anterior de cobertura de acompañante terapéutico.
- Informe del profesional supervisor de la cobertura previa detallando la evolución del paciente a partir de la intervención del A.T. y fundamentando la continuidad de la cobertura para su renovación.

- Presentación del DNI beneficiario
- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente.
- Presentación de título habilitante y de certificados de cursos o especialidades afines a la problemática de la persona afiliada (avalados por un Organismo Superior) del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Constancia de opción de Arca
- Presentación del DNI.
- Indicar uno o dos números de teléfono de contacto.
- Certificado de antecedentes penales provincial hasta seis (6) meses de antigüedad.
- Curriculum Vitae del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Plan de trabajo con acciones a desarrollar, estrategias terapéuticas del equipo interviniendo, y objetivos a lograr con el afiliado.
- Presupuesto y carga horaria propuesto por el/la Acompañante Terapéutico.
- En caso de estar concurriendo a una Institución, adjuntar copia de orden de autorización y acta de conformidad del trabajo del/la acompañante terapéutico en la Institución a la que está concurriendo.
- Informe de seguimiento completo realizado por el/la acompañante terapéutico

¿Dónde realizar el trámite?

Puede realizarlo de manera presencial en Casa Central o enviar la documentación a mesadeentradadiscapacidad.osep@gmail.com para la formación del expediente.

Requisitos para solicitar reintegro por cobertura de acompañante terapéutico:

- Nota de solicitud para reintegro de cobertura de acompañante terapéutico dirigida al director/a de OSEP.
- Resolución de autorización de cobertura de acompañante terapéutico.
- Planilla de asistencia mensual del acompañante terapéutico.
- Factura por el periodo correspondiente y que cumplemente con normativa vigente en materia impositiva.
- Constancia CBU del afiliado titular.

¿Dónde realizar el trámite?

Puede realizarlo de manera presencial en Casa Central o enviar la documentación a mesadeentradadiscapacidad.osep@gmail.com para la formación del expediente.