



obra social para la actividad docente

**Cómo armar un
expediente
por Adicciones
2016**

● Consideraciones Generales	pág. 3
● Requisitos generales	pág. 4
1 Listado de documentación necesaria para la realización del expediente.	pág. 4
2 Listado de documentación personal del Paciente	pág. 4
3 Listado de la documentación de la Institución Prestadora	pág. 5
4 Listado de la documentación habilitante de la Institución	pág. 6
5 Formularios para el acceso a prestaciones 2016	pág. 7
1 Solicitud de Presentación	pág. 8
2 Solicitud de Subsidio de Prestaciones e Insumos	pág. 9
3 Conformidad de Tratamiento	pág. 10
4 Presupuesto de Prestaciones Institucionales	pág. 11
5 Modelo de Plan de Trabajo Instituciones/Profesionales	pág. 12
6 Resumen Historia específica Clínica Tratamiento de Adicciones	pág. 13
7 Resumen Historia Clínica Resolución Sur	pág. 14
8 Consentimiento Bilateral informado	pág. 15
9 Consentimiento Bilateral informado II	pág. 16

● Consideraciones Generales

Los expedientes por Adicciones se tramitan en el Centro de Atención al Beneficiario más cercano a su domicilio.

Para ver el listado de sedes en todo el país consulte el mapa interactivo en nuestra web:

www.osplad.org.ar/sedes

Los expedientes por Adicciones se presentan 2 veces por año.

En Enero por el período de Enero a Junio y en Junio, por el período de Junio a Diciembre.
Sin excepciones.

Cuando se inicia el tratamiento por primera vez, se puede hacer por un período más la fracción correspondiente.



● Los expedientes de Osplad deberán contar con tres planillas que deberá completar:

- El paciente titular
- El paciente y el titular.
- El paciente y el padre o tutor para el caso de sea menor o incapaz, según corresponda.

No se reciben expedientes incompletos, sin Excepción.

Las facturas se entregarán del 1 al 10 de cada mes, en el Centro de Atención al Beneficiario más cercano a su domicilio.

Se informará el número de libramiento de pago a la institución por email.

Criterio de Alta Médica

En caso de terminar el tratamiento o modificarse, por ej. Pase de internación a Hospital de día, desde la institución.

Abandono del Tratamiento

En caso de abandono, se lo debe comunicar a la Obra Social en forma inmediata.

La notificación del Abandono debe hacerla la institución por escrito y firmado en original.

- **Requisitos Generales**

- 1 Listado de documentación requerida para el armado del expediente**

- 1 1 Planilla de Solicitud de presentación**
(Código del formulario OSPLAD - ADICCIONES -001)
- 1 2 Planilla de Solicitud de Prestaciones e Insumos**
(Código del formulario OSPLAD - ADICCIONES -002)
- 1 3 Planilla de Conformidad del Tratamiento**
(Código del formulario OSPLAD - ADICCIONES -003)

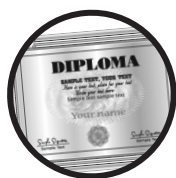
- 2 Listado de documentación personal del Paciente**

- 2 1 Fotocopia del DNI**
(Si fuera familiar o menor de edad, se agregará la fotocopia del DNI del titular)
- 2 2 Fotocopia de la Credencial del Afiliado**
(del Titular o del Titular y familiar según el caso)
- 2 3 Último recibo de haberes**
(Afiliados en Relación de dependencia o últimos 6 pagos de monotributo sin no estuviera en relación de dependencia)
- 2 4 Copia del Certificado Único de Discapacidad** (en caso que lo posea)
(No serán válidos los Certificados presentados que omitan o contengan errores en su confección si no se encontraran debidamente salvadas por un representante del órgano emisor, con su correspondiente firma y sello. La fotocopia presentada debe ser legible en su totalidad)
- 2 5 CODEM de la ANSES**
(Bajado de la página web o certificación negativa, de la sucursal más cercana al domicilio)
- 2 6 Indicación del Tratamiento**
(Firmado por el Médico Psiquiatra que no sea del Establecimiento donde realizará el tratamiento/ o de un Médico Psiquiatra de la Obra Social (Jefe del Servicio de Salud Mental de Osplad) o por un Médico Psiquiatra particular)



Osplad agregará una Impresión de la pantalla de la constancia donde figura en el Padrón de OSPLAD en SIGOS-INTRANET y en la Superintendencia de Seguros de Salud con motivo de la verificación de afiliación del paciente

- 3** **Listado de documentación provista por la Institución donde realizara para ser completada por los profesionales actuantes.**
- 3 1 Presupuesto de Prestaciones Institucionales**
(Código del formulario OSPLAD - ADICCIONES -004)
Módulos, Internación en Comunidad Terapéutica, Hospital de Día (de 4 u 8 horas), Tratamiento ambulatorio de Control y Prevención de Recaidas. Tiempo estimado de tratamiento aclarando expresamente inclusiones y exclusiones.
- 3 2 Modelo de Plan de Trabajo**
(Código del formulario OSPLAD - ADICCIONES -005)
Reseña institucional, Criterios de Admisión, Características del Tratamiento, Objetivo de las actividades.
- 3 3 Listado del Staff**
Donde consten los Profesionales y colaboradores de la institución, con nombre y apellido, tarea asignada, matrícula habilitante o función en cada uno.
- 3 4 Resumen de Historia Clínica**
Firmada por el médico tratante la primera vez o Historia Clínica con informe de seguimiento donde conste el estado clínico actualizado del paciente, firmado por un Médico Psiquiatra de la institución.
- 3 5 Resumen de Historia Clínica Específica de Tratamiento de Adicciones**
(Código del formulario OSPLAD - ADICCIONES -006)
De acuerdo con Modelo de la SSS (formulario específico según DCM4, planilla que entrega Osplad o bajada de la web), firmada y sellada por Médico Psiquiatra.
- 3 6 Medicación prescrita al paciente**
(Código del formulario OSPLAD - ADICCIONES -007)
Con dosis diaria, coincidente con etapa de tratamiento en formulario de la Obra Social. Firmada por el médico tratante, sin olvidar la fecha.
- 3 7 Hoja de Evolución Mensual de Tratamiento**
Mensualmente se entregará el evolutivo que debe contener la evolución clínica y la medicación prescrita con los cambios, si los hubiere. Se adjuntará la factura correspondiente a la prestación en el mismo lugar en donde fue presentado el expediente.
- 3 8 Consentimiento Informado Bilateral**
(Código del formulario OSPLAD - ADICCIONES -008)
(Código del formulario OSPLAD - ADICCIONES -009)
*Firmado por el paciente, el Padre o tutor en el caso de menores, y pacientes con certificado de Discapacidad, además del profesional actuante.
Siendo la patología de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado sólo cuando se propongan cambios en la modalidad del tratamiento.*



4 Listado de documentación habilitante de la Institución Prestadora

Donde el paciente realizará el tratamiento

4 1 Plancheta de habilitación del Establecimiento

Expedida por el gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

4 2 Copia del Certificado de Inscripción del Prestador en Registro Nacional de Prestadores - SSSalud

Con firma y sello del Médico Auditor del Agente de Salud.



4 3 Disposición de la Inscripción de un profesional médico Psiquiatra como Director de la institución

Debe estar inscripto en el Registro Nacional de Prestadores - SSSalud. La vigencia de 5 años de esa inscripción debe estar dentro del término del período a presentar.



4 4 Inscripción de la institución ante la AFIP

4 5 Inscripción a Ingresos Brutos

De ser exentos, debe agregarse la exención ante la autoridad competente.

5 Formularios 2016

A continuación se presentan los modelos de planillas que deben utilizarse para solicitud de prestaciones 2016.


NO deben utilizarse planillas de años anteriores.

Los beneficiarios y prestadores pueden descargar los formularios desde la web de OSPLAD

Para que los **Beneficiarios** realicen su descarga:

www.osplad.org.ar/serviciosonline

www.osplad.org.ar/formularios

- 
- 5 1** ***Solicitud de Presentación***
Código de Formulario - ADICCIONES - 001
 - 5 2** ***Solicitud de Prestaciones e Insumos***
Código de Formulario - ADICCIONES - 002
 - 5 3** ***Conformidad de Tratamiento***
Código de Formulario - ADICCIONES - 003
 - 5 4** ***Presupuesto de Prestaciones Institucionales***
Código de Formulario - ADICCIONES - 004
 - 5 5** ***Modelo Plan de Trabajo Instituciones/Profesionales***
Código de Formulario - ADICCIONES - 005
 - 5 6** ***Resumen Historia Clínica tratamiento Específica de Adicciones***
Código de Formulario - ADICCIONES - 006
 - 5 7** ***Resumen de Historia Clínica Resolución SUR***
Código de Formulario - ADICCIONES - 007
 - 5 8** ***Consentimiento Bilateral Informado***
Código de Formulario - ADICCIONES - 008
 - 5 9** ***Consentimiento Bilateral Informado II***
Código de Formulario - ADICCIONES - 009

Solicitud de Presentación

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos del Titular

Nombre y Apellido N° DNI

Edad Fecha de Nacimiento Lugar

Estado Civil Domicilio

Localidad C.P.

Teléfono Celular

Email

Presta servicios en:

Firma del Titular

Aclaración

Solicitud de Prestaciones e Insumos

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el propósito de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización / adquisición de

Para tal fin, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

Datos del Beneficiario Paciente

Nombre y Apellido Edad

Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento

Tipo y N° Doc. Argentino/a Extranjero Fecha de Entrada al país

Estado Civil Domicilio

Ciudad Provincia CP

Email

Teléfono Teléfono Móvil

N° de Afiliado Carácter Fecha de Afiliación a OSPLAD

Grado de parentesco con el titular

Datos del Beneficiario Titular

Nombre y Apellido N° de Afiliado

N° CUIL Fecha de Afiliación a OSPLAD

Datos del Empleador

Nombre Domicilio

Ciudad Provincia Teléfono

CUIT N° Fecha de inicio de la relación laboral

Cambio de Obra Social en el último año Si No Obra Social anterior

Fecha de cambio o traspaso Obra Social Provincial

Datos del Médico Tratante

Nombre y Apellido Domicilio

Teléfono Institución en la que se desempeña

Domicilio Teléfono

Asimismo, tomo conocimiento de la documentación indispensable a presentar y adjuntar para iniciar y/o continuar la tramitación correspondiente según PMA vigente.

Declaro que los datos volcados en el presente formulario son exactos y revisten carácter de **Declaración Jurada**.

Firma del Titular Firma del Paciente
Firma del Padre
o la Madre
(Si el paciente es
menor de edad) Firma de
Médico
Auditor

Conformidad de Tratamiento

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Quien suscribe

Con DNI /LE /CI N°

Afiliado a la OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE, presto mi conformidad del tratamiento y/o práctica:

A favor del afiliado: DNI

Por el período: Desde Hasta Año

Esta constancia se enmarca en los considerandos de las Resoluciones para recupero S.U.R. vigentes a la emisión del año del presente formulario, normativas a través de las cuáles se financiará el tratamiento.

Dada en la ciudad de

a los días del mes de del año

Los abajo firmantes reconocen haber leído las normas de procedimientos para la gestión de expedientes y las normas de facturación para prestaciones de discapacidad.

Firma del Titular

Firma del beneficiario
(o padres si es menor de edad)

Aclaración Aclaración

Firma y Sello
del Prestador 1

Firma y Sello
del Prestador 2

Aclaración Aclaración

Presupuesto de Prestaciones Institucionales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar

Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido

N° DNI

N° Beneficiario/ CUIL

Datos de la Prestación

Modalidad del Tratamiento a Brindar

Internación

Hospital de día 4 horas

Hospital de día 8 horas

Tratamiento Ambulatorio

Monto Mensual \$

Período Desde

Hasta

Año 2016

Datos del Prestador

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio REAL donde se brindará la prestación

Localidad

Provincia

Teléfono

Email

CUIT N°

Condición frente al IVA

Cronograma de Asistencia

Días y horarios

lunes

martes

miércoles

jueves

viernes

sábado

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello
de la Institución/ Prestador

Modelo de Plan de Trabajo Instituciones/ Profesionales

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido N° DNI

Fecha de nacimiento

Datos de la Prestación

Prestación

Período Desde Hasta Año

Objetivos CONCRETOS propuestos:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Firma, Aclaración y Sello
del Profesional
de la Institución

Firma y Aclaración
de los Padres

Resumen de Historia Clínica especifica tratamiento de Adicciones

Lugar Fecha

Datos del Paciente

Nombre y apellido Fecha de nacimiento

Nacionalidad Edad Sexo Fem. Masc. DNI

Si es necesario, Nombre y apellido del Tutor DNI

Diagnóstico Presuntivo Según los ejes del DSM IV (marcar ellos que correspondan)

- F11.2x(304.00)** Trastorno de dependencia de Opiáceos.
- F12.2x(304.30)** Trastorno de dependencia de Cannabis.
- F13.2x(304.10)** Trastorno de dependencia relacionado a sedantes Hipnóticos, Opiáceos o Ansiolíticos.
- F14.2x(304.20)** Trastorno de dependencia de Cocaína.
- F15.2x(304.40)** Trastorno de dependencia de Anfetaminas.
- F16.2x(304.50)** Trastorno de dependencia de Alucinógenos.
- F18.2x(304.60)** Trastorno de dependencia de Inhalantes.
- F19.2x(304.90)** Trastorno de dependencia de Feniclidina.
- F10.2x(304.80)** Trastorno de dependencia de varias sustancias.

Tratamiento solicitado

Institución a la que es derivado

Domicilio de la Institución

Modalidad de Concurrencia

Módulo de Consulta y Orientación (mínimo 4 y máximo 6 consultas)

Internación en Comunidad Terapéutica

Requiere más de 12 meses de esta prestación Justificar

Modalidad del Tratamiento

Internación Hospital de día 4 horas Hospital de día 8 horas Tratamiento Ambulatorio

Tratamiento para el Control y Prevención de Recaídas

Internación Hospital de día 4 horas Hospital de día 8 horas Tratamiento Ambulatorio

Tratamiento/s previo/s concluido/s

Presentan certificado de jornada laboral

Módulo de Internación Psiquiátrica

Si requiere más de un mes, justificar

Período de otorgamiento total solicitado

Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no facturados por período completo:

Pronóstico y tiempo estimativo del tratamiento

Firma del Médico Psiquiatra tratante

Firma del Médico Auditor

Firma y Sello

Firma y Sello

Resumen de Historia Clínica Resolución SUR

Lugar

Fecha

Obra Social

Paciente

Tratamiento*	Fecha	Dosis	Tiempo estimado ¹	Suspensión (Causa) ²	Respuesta al tratamiento ³

* Drogas.

1- Tiempo estimado de tratamiento.

2- Indicar el motivo de la suspensión: Efectos adversos - falta de respuesta al tratamiento - falta de adherencia - fin de tratamiento.

3- Colocar qué tipo de respuesta está teniendo al tratamiento: RVS - RR - NR.

Firma del Médico Psiquiatra

Nombre y Apellido

Nº Matrícula

Firma

Consentimiento Informado Bilateral

Gerencia de Prestaciones Médicas

Lugar

Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido

DNI

Dejo constancia que el Dr.

me ha explicado en términos claros y sencillos mi estado actual de salud, que consiste en

Me ha explicado que el procedimiento propuesto para su diagnóstico y tratamiento consiste en:

Objetivos y beneficios esperados

Riesgos, molestias y efectos adversos posibles

Consecuencias previsibles de la No Realización del Procedimiento propuesto o alternativos especificados

De acuerdo a lo explicado doy mi consentimiento para que se me realice:

Por la presente doy fe de no haber omitido o alterado datos sobre mis antecedentes referentes a mi estado previo de salud, tratamientos o procedimientos realizados por otros profesionales de la salud. Manifiesto ser alérgico a:

Confirmando que una vez informado de todos los detalles de mi estado de salud, procedimiento médico propuesto, leído y comprendido lo anterior, habiéndose respondido todas las preguntas que he efectuado y habiéndose rellenado los espacios en blanco antes de mi firma consiento cada uno de los puntos mencionados.

Dejo constancia que se me ha informado sobre mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento anterior a la realización efectiva del procedimiento propuesto.

Firma y Aclaración
del Paciente

Firma y Sello del
Médico
Psiquiatra

DNI

Consentimiento Informado Bilateral II

Gerencia de Prestaciones Médicas

Lugar Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido DNI

Si el paciente es menor / incapaz completar

Atento a que el paciente es menor o temporalmente incapaz para tomar esta decisión por si mismo consiento el tratamiento médico propuesto en mi carácter de

Firma y Aclaración
del Paciente y/o Padre o Tutor
en el caso de menores
y/o Pacientes con
Certificado de Discapacidad

DNI

Firma y Sello del
Médico

Parentesco

Revocación de consentimiento

..... REVOCO el consentimiento de fecha

y declaro, por lo tanto que, tras la información recibida, NO consiento el someterme al procedimiento propuesto.

Buenos Aires, de de

Firma del
Paciente

Firma del
Representante
Legal

Firma y Sello del
Médico

Para ver el listado de sedes en todo el país
consulte el mapa interactivo en nuestra web:

www.osplad.org.ar/sedes

Atención al beneficiario desde todo el país

0810-666-7752

LUNES A VIERNES DE 8 A 20

info@osplad.org.ar

www.osplad.org.ar

SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD

0800 222 SALUD (72583)
www.sssalud.gov.ar

OSPLAD
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE Nº 19-2



obra social para la actividad docente