

# COLEGIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE CATAMARCA

## OSEP

SOLO PARA AFILIADOS CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### PRESCRIPCIÓN PARA INICIAR TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Debe ser realizada exclusivamente por el médico neurólogo o de cabecera

(Modelo de prescripción médica)

Nombre y apellido del paciente

N° de afiliado y N° de D.N.I

**Evaluación y Tratamiento de Terapia  
Ocupacional**

**Código 250301**

Diagnóstico

Fecha

Firma y sello del médico

La entrevista es realizada en una sola sesión (40 min), tiene la finalidad de discernir la justificación de recibir, o no, la prestación. (**Código N° 25.03.01**). Validar por sistema la orden para que quede registrado el consumo.

**La orden** debe ser firmada por afiliado, y por profesional con sello correspondiente, indicando diagnóstico, hora y fecha

**Planilla de asistencia**, con hora y fecha de la prestación de Terapia Ocupacional, debe ser firmada por afiliado, firma y sello del profesional.. Frente con datos del afiliado. Cruzar línea Dorso de recetario el detalle anterior

Se acepta hasta un cambio de profesional por tratamiento al año

## SOLICITUD DE EVALUACIÓN

Puede ser prescripta por Médico o por Lic. en Terapia Ocupacional con fecha posterior a la entrevista, a través de sistema en Autorización y Consumo Simultáneo (guía de pdf instructivo) .

Iniciar Evaluación posterior a la fecha de emisión de orden autorizada.

La orden debe ser firmada por afiliado y por profesional con sello correspondiente, indicando diagnóstico, hora y última fecha de prestación.

Se adjunta prescripción del lic en Terapia Ocupacional o médico. En caso de autorización física en área de discapacidad, debe contar con el sello de osep. Igual que orden, Al dorso registro de asistencia de la prestación, indicando fecha y hora, firmada por afiliado/a y profesional con sello correspondiente.

La evaluación es realizada hasta 4 (cuatro) sesiones (**Código N° 25.03.02**).

Se adjunta copia F.I.M. y plan de Tratamiento de Terapia Ocupacional (periodo de tratamiento, frecuencia de Tratamiento, Duración 40 minutos y objetivos), FIM y Plan de Tratamiento de Terapia Ocupacional deben contar con registro de los datos del paciente, N° de afiliado, DNI, edad, F.N., sellados y firmado por profesional con fecha de última sesión de evaluación.

Entrega del duplicado al afiliado

(Modelo de prescripción de Terapia Ocupacional)

Nombre y Apellido del Afiliado/a  
N° de afiliado/a  
N° de DNI

Solicito Evaluación de Terapia Ocupacional  
Código N° 25.03.02

Diagnóstico

Firma y sello de la TO  
Fecha

## SOLICITUD DE TRATAMIENTO

Prescripción es emitida por la Lic. en T.O., debe indicar la cantidad de sesiones por semana/mes que se realizarán según `plan de tratamiento presentado (Sólo pacientes agudos 8 sesiones mensuales, Pacientes crónico 4 sesiones mensuales. Intensivo: solo puede darse dos veces al año por paciente, la atención se brinda durante 10 días, 2 horas por día. Generalmente para pacientes del interior. *Prescripta por médico fisiatra, neurólogo, traumatólogo, ortopedista, reumatólogo).*

Iniciar rehabilitación posterior a la fecha de Evaluación

Autorización y consumo simultáneo a través de sistema.

**La recomendación, solicitar autorización los primeros días hábiles del mes..**

La orden debe ser firmada por afiliado y por profesional con sello correspondiente, completando los campos vacíos, diagnóstico, hora y última fecha de prestación.

Se adjunta prescripción del Lic en Terapia Ocupacional, al dorso registro de asistencia de la prestación, indicando fecha y hora, firmada por afiliado/a y profesional con sello correspondiente

En caso de autorización de orden física en área de discapacidad, para su validez debe tener impresión de **sello de osep**, la orden y el recetario de prescripción del Lic en Terapeuta Ocupacional

Máximo de sesiones anuales autorizadas por paciente: 46

(Modelo de Prescripción del Lic en Terapia Ocupacional)

Nombre y Apellido del Afiliado/a  
N° de afiliado/a, N° de DNI

***Solicito Rehabilitación de Terapia  
Ocupacional x \_\_\_\_sesiones***

Código N° 25.03.03

Diagnóstico

Firma y sello de la TO  
Fecha

## DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR AL COLEGIO PARA FACTURACIÓN

1. Planilla de Resumen mensual por triplicado. Enviar por mail: [coletocatamarca@gmail.com](mailto:coletocatamarca@gmail.com), en caso de requerir corrección, en la cual se detalla las practicas realizadas, con datos del afiliado, practica, cantidad de sesiones, monto (se adjunta anexo de planilla de asistencia mensual)
2. Las ordenes se ordena respetando el orden de planilla mensual

### Presentación de documentación

- ENTREVISTA: Prescripción médica: Validar por sistema, planilla de Asistencia de entrevista firmada por el paciente y firma y sello de la TO.,
- EVALUACIÓN: Orden autorizada, Prescripción de T.O. registro de asistencia. Ficha de asistencia firmada y sellada por paciente y T.O., Ficha de FIM , Plan de tratamiento firmados y sellados por T.O. )
- REHABILITACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL: Orden autorizada, Prescripción de Terapia Ocupacional (cantidad de sesiones,) Firma del Profesional con sello y fecha, Registro de planilla de asistencia de tratamiento, firmada por el paciente y firma y sello de la T.O.

Cada practica lleva su planilla de firmas, no puede haber firma de entrevista y evaluación en una sola planilla

### ACLARACIONES

- La documentación no debe presentar sobrescritos o tachones
- En caso de equivocarse se debe salvar al final de la hoja: DIGO (corregido) y debe ser firmado y sellado, con letra clara.
- Sobre el total facturado COLTOCAT descontará el 7% por gastos administrativos de facturación + valor de cuota societaria +Seguro de Mala Praxis
- El colegio establecerá único día y horario para recibir la documentación.



