

## IAPOS-Prestaciones: Solicitud de Autorización de Reintegro de gastos por Acompañante Terapéutico

### ¿En qué consiste?

El IAPOS brinda la posibilidad de acceder al reintegro de gastos abonados en concepto de acompañante terapéutico para aquellos afiliados con discapacidad, de hasta 18 años de edad, que requieran del apoyo asistencial y de promoción brindado por dicho profesional.

### Destinatario/s:

Afiliados al IAPOS, hasta los 18 años de edad, con trastornos del desarrollo, autismo y con multidiscapacidad.

### ¿Qué necesito para realizarlo?

- Nota del familiar o responsable solicitando el beneficio.
- Copia del Certificado Único de Discapacidad.
- Formulario de Prescripción médica (Anexo XIII) con Historia Clínica que justifique la Cobertura de Acompañante Terapéutico, indicando horas, días y tiempo de tratamiento. Se descarga al de la página.
- Formulario de Plan de trabajo terapéutico (Anexo XIV). Se descarga al pie de la página.
- Constancia de Inscripción en AFIP del prestador.
- Fotocopia del Título Habilitante o Certificado Oficial del Profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Curriculum Vitae del Acompañante Terapéutico.
- Fotocopia del documento de identidad del titular y beneficiario con domicilio actualizado.
- Fotocopia del último recibo de sueldo y carnet del titular y beneficiario (salvo que quien recepcione la documentación pueda verificar la situación afiliatoria por Sistema y deje constancia de ello).
- CBU del afiliado titular o persona que este designe.

Una vez autorizado, para el cobro del reintegro se deberá presentar mensualmente, en el área de Reintegros de casa central o en las Delegaciones, Subdelegaciones o Bocas de Expendio de la obra social, la siguiente documentación:

- Solicitud de Reintegro (acompañada de fotocopia del documento de Identidad y constancia de CBU de la cuenta presentada por el afiliado para recibir la transferencia en concepto de reintegro)
- Factura o recibo del Prestador.
- Copia de la constancia de autorización expedida por la obra social.
- Planillas de asistencia en original, con conformidad del afiliado o del responsable.
- Informe mensual del profesional médico especialista o de equipo interdisciplinario que supervisa el caso.

### ¿Cuánto cuesta?

Gratuito

## ¿Dónde se realiza?

IAPOS (Instituto Autárquico Provincial de Obra Social)

[Bocas de Expendio, Subdelegaciones, Delegaciones y Casa Central del IAPOS](#)

### Santa Fe

Dirección: Francisco Miguens 200 - Planta Baja Torre I - Puerto de Santa Fe (3000)

Horario de Atención: de lunes a viernes de 7.30 a 13 hs.

### Rosario


Dirección: Rioja 2051 - Planta Baja (2000)


Teléfono: 54 341 4467500

## Observaciones:

El reintegro se autorizará por un periodo de hasta 12 meses, con posibilidad de renovaciones sucesivas, a solicitud del afiliado, cuando su continuidad se justifique desde el punto de vista médico, acompañando informe interdisciplinario de evaluación del período anterior oportunamente autorizado.

## Formularios relacionados:

Anexo XIV - Plan de Trabajo del Acompañante Terapéutico  [Programa deADoS Anexo XIV disp 48-17.pdf](#) - 61,69 kB

Anexo XIII - Formulario Prescripción Médica Acompañante Terapéutico  [Programa deADoS anexo XIII disp 48-17.pdf](#) - 54,79 kB