

COBERTURAS DE PRESTACIONES ESPECIALES POR DISCAPACIDAD

LINEAMIENTOS GENERALES

- ✓ Las coberturas de “prestaciones especiales por discapacidad” caducarán el 31 de diciembre de cada año en que hubiesen sido solicitadas, debiendo presentar nuevamente toda la documentación para su renovación para el año siguiente.
- ✓ Se entregara la autorización de la cobertura “solo al afiliado titular o su cónyuge”. Quién debe comunicar al instituto o prestador.
- ✓ Todas las prestaciones se autorizan desde ISSUNNE.
- ✓ No se recibirá documentación que presente: tachaduras y/o correcciones sin la respectiva enmienda con firma y sello.
- ✓ El prestador no podrá iniciar el tratamiento sin previa autorización del presupuesto emitido por ISSUNNE. Solicitar la misma treinta (30) días antes del comienzo del tratamiento.
- ✓ No se dará curso a la cobertura por discapacidad si la documentación no se presenta en forma completa y correcta, según instructivo. De lo contrario serán devueltos sin proceder a su autorización. En ningún caso la recepción de la documentación significará autorización de la cobertura solicitada. Hecho que requiere en todos los casos el análisis de Auditoría del Área de Discapacidad.
- ✓ Se solicita al afiliado titular que informe a ISSUNNE si existiera alguna modificación que pudiera surgir en el tratamiento original presentado. Por ejemplo: baja del beneficiario a la institución – cambio de horario de alguna prestación – cambio de profesionales – o cualquier otra información de relevancia.
- ✓ En caso de ser la primera vez que requiere “cobertura especial de discapacidad” se debe solicitar en ISSUNNE la lista de prestadores en discapacidad.
- ✓ Cuando se quiera realizar la prestación de cobertura especial en discapacidad con un nuevo profesional o institución no prestadora de ISSUNNE, el profesional o institución deberá primeramente presentar la documentación correspondiente para ser prestador. Cuando ISSUNNE apruebe a la institución o al profesional como prestador el afiliado podrá presentar la solicitud de cobertura.
- ✓ Presentar un informe general de los profesionales que incluya todas prestaciones brindadas donde se evalúan los objetivos presentados a principio de año.
- ✓ **El inicio de las prestaciones, sin autorización previa**, queda exclusivamente bajo la responsabilidad del prestador y **NO OBLIGA A ISSUNNE A CUBRIR LAS PRESTACIONES**.
- ✓ La **existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado**, **NO DA DERECHO** al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte de ISSUNNE, ni obliga al mismo a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.
- ✓ Si el afiliado titular da de baja al prestador (institución o profesional) debe enviar una nota a ISSUNNE informando sobre las causas de cese de la prestación.

TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR ISSUNNE SE ENCUENTRA SUJETA A RECTIFICACIÓN, DE ACUERDO A EVENTALES MODIFICACIONES SOBRE LA NORMATIVA VIGENTE DISPUESTA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD U OTRO ORGANISMO COMPETENTE.

INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES

ISSUNNE

San Luis 535

Tel: 4425402 / 4425407

REQUISITOS PARA BENEFICIARIOS

El afiliado que solicite la cobertura de las prestaciones por DISCAPACIDAD deberá iniciar expediente, en MESA DE ENTRADAS DE ISSUNNE (Corrientes o Resistencia) el que deberá contener la totalidad de la documentación solicitada.

PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

1. Solicitud de Prestación (Formulario 01)
 2. Formulario de Conformidad de Prestaciones (Formulario 02)
 3. Constancia de afiliación del titular y paciente (emitida y conformada por área de afiliaciones ISSUNNE)
 4. Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad (CUD)
 5. Indicación/es Médica/s –Deben señalar explícitamente y EN SU TOTALIDAD los siguientes ítems (de faltar alguno, será devuelta la documentación)
 - a. Nombre y apellido del paciente, DNI y edad.
 - b. Diagnóstico
 - c. Prestación conforme CUD (Nombre de la prestación - tipo de jornada - cantidad de sesiones) (Cuadro de Prestaciones)
 - d. **Para educación especial** (Indicar si es EGB, inicial, etc.) debe señalar modalidad (Escuela pre primaria jornada simple o doble - Escuela EGB simple o doble - Escuela formación laboral jornada simple o doble)
 - e. Período de intervención terapéutica /educativa (Ejemplo: Febrero a Diciembre 2018.)
 - f. Fecha de emisión de la prescripción: debe ser del mes inmediato anterior al inicio de la prestación (si la prestación inicia en marzo, la prescripción debe llevar fecha de febrero)
 - g. Firma y sello del profesional
 - h. **Para prestación de APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:**
 - i. La indicación debe decir EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.
 - ii. Profesional individual: La indicación debe decir MAESTRA DE APOYO
- NO DEBEN SER EMITIDAS POR PROFESIONALES DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN,
Ni señalar nombre del prestador.
Ni poseer enmiendas y ser confeccionada con letra legible.**
6. Evaluación anual del médico de cabecera. Parámetros funcionales actuales (mental, motor, sensorial). Consignar evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico / Psiquiátrico) en el último año.
 7. Informe evolutivo del año pasado de los profesionales tratantes.
 - a. En original, con letra clara y sin enmiendas.
 - b. Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación.
 - c. Consignar antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas.
 - d. Firma y sello legibles del Prestador.
 8. Objetivos concretos y Plan de tratamiento profesional de cada prestación solicitada (formulario 03)
 9. Constancia de alumno regular del año solicitado. (Podrá iniciarse el expediente con constancia correspondiente al año anterior, teniendo plazo hasta Mayo para remitir el original de la Constancia de Alumno Regular a la Obra Social. **La Constancia de Alumno Regular es Obligatoria.** Y/O EN SU DEFECTO INFORME JUSTIFICANDO LOS MOTIVOS POR LOS CUALES NO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO Y/O INSTITUCIONALIZADO.)
 10. **Para Apoyo a la Integración Escolar**, a lo señalado anteriormente deberá agregarse:
 - a. Adaptaciones curriculares + acta acuerdo con institución escolar (Formulario 03)
 - b. Medida de Independencia Funcional – FIM para los casos en que sea solicitada “Dependencia” (Formulario FIM_DISCP)

Se deben utilizar EXCLUSIVAMENTE los formularios de discapacidad

PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

Una vez iniciado el expediente por el afiliado con toda la documentación, éste se remitirá al área de Auditoría Médica quien evaluará la documentación presentada y establecerá lugar, fecha y hora de reunión con el afiliado titular y beneficiario, con el fin de constatar y realizar toda revisión o estudio necesario que permita asegurar el contenido de la solicitud y de la calidad de los servicios a ser prestados.

Finalizada y cumplido todos los requerimientos, Auditora Médica emitirá informe de aprobación o rechazo de las prestaciones (Formulario FAM DISCP) en original y dos copias. (1. Expediente, 2. Afiliado, 3. Prestador), sobre la cual se confeccionará la correspondiente Resolución.

Para los casos de ampliación de la cobertura (nuevas prestaciones) deberá anexarse al pedido la autorización previa.

PROCEDIMIENTO PARA LA FACTURACION

El Prestador autorizado y luego de realizadas las prestaciones, iniciará 1 (uno) expediente ante ISSUNNE por MESA DE ENTRADAS en forma mensual, dentro de los primeros 5 días hábiles del mes. Presentando:

1. Hoja de Presentación de Facturación
2. Factura/Recibo "B o C" consignando en la descripción (por cada paciente)
 - a. Tipo de Prestación
 - b. Beneficiario: DNI, Apellido y Nombre
 - c. Periodo
 - d. N° de expediente de autorización
3. Planillas de asistencia al tratamiento
4. Informe trimestral de actividades y tratamiento realizado
5. Trimestralmente: informe de nivel de consecución de objetivos definidos, limitaciones y de ser necesario reprogramación o redefinición de objetivos.
6. Otro tipo de documentación que se considere necesaria para la correcta liquidación de las prestaciones.

(Los ítems 3, 4 y 5 se presentarán en 2 copias mediante un sobre cerrado)

MESA DE ENTRADAS: remitirá el expediente y el sobre cerrado a:

AUDITORIA MÉDICA, verificará la documentación del sobre, realizará las compulsas necesarias y determinará, conforme NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE ISSUNNE, el importe a liquidarse mediante la emisión de la correspondiente orden de autorización, anexando el Formulario de Auditoría (FRA_DISCP)

ASISTENTE SOCIAL: La Asistente social remitirá mensualmente sus informes al área de AUDITORIA.

AUDITORIA MÉDICA: Adjuntará al expediente del afiliado una de las copias del sobre, así en éste se irá constituyendo la historia clínica de atención anual, y la otra remitirá junto con la orden ORIGINAL al sector de LIQUIDACIONES.

LIQUIDACIONES: Recibirá el expediente y realizará la liquidación correspondiente, cargando la orden y los débitos y/o créditos que auditoría médica determine. El área de liquidaciones podrá consultar/solicitar/proponer ajustes a la autorización. Archivará el sobre con la copia restante y desde aquí el expediente tendrá el procedimiento normal y habitual de cualquier liquidación de prestaciones médicas.

Formulario 01

SOLICITUD DE PRESTACIONES

Lugar y fecha _____

Señora

Delegada Rectoral del I.S.S.U.N.N.E.

Dra. María Mercedes González

S / D:

ElTengo el Agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar la cobertura prestacional correspondiente, para la realización de las siguientes prácticas / tratamiento de (Nomenclador de Discapacidad).

Al efecto, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

DATOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO

Nombre y Apellido _____

CUIL Nº _____ Edad _____ Estado Civil _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio de residencia actual _____

Ciudad _____ Provincia _____ CP _____

Tipo de Afiliación _____

Parentesco con el titular _____

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Nombre y Apellido _____

CUIL Nº _____ Edad _____ Estado Civil _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio de residencia actual _____

Teléfono _____ Email _____

Declaro conocer que los datos incertus en el presente formulario son exactos y revisten carácter de Declaración Jurada

Firma del afiliado Titular

Aclaración: _____



Formulario 02

CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO Y/O PRÁCTICA DEL PRESTADOR

Lugar y fecha _____

Quien suscribe _____ CUIL N° _____

Afiliado titular de ISSUNNE, presto mi conformidad del tratamiento y/o práctica.

A favor del afiliado con discapacidad _____ CUIL N° _____

Realizado/as por los prestadores (del padrón de ISSUNNE) que al pié conforman y se comprometen a realizar las prestaciones.

Por el período desde _____ hasta _____ Año _____

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

Firma del afiliado Titular

Firma del beneficiario (mayor de edad), Padre, Madre o Tutor

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del Prestador I

Firma y Sello del Prestador II

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del Prestador III

Firma y Sello del Prestador IV

Aclaración: _____

Aclaración: _____



Formulario 03

MODELO DE PLAN DE TRABAJO

Lugar y fecha _____

DATOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación/Módulo: _____

Período desde _____ hasta _____ . Año _____ .

Tipo de Jornada a realizar: Simple _____ Doble _____ Reducida _____ Permanente _____

Incluye Almuerzo: Si _____ No _____ Incluye Dependencia: Si _____ No _____

Objetivos Concretos:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____



Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					
Actividad					

PRESUPUESTO

Monto mensual: \$ _____ Categoría: A _____ B _____ C _____

Datos del prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio real (donde se brindara la prestación): _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Firma del afiliado Titular

Firma y Sello del Prestador

Aclaración: _____

Aclaración: _____

ACTA DE ACUERDO – APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

Lugar y fecha _____

En el día de la fecha, se establece el presente acuerdo entre la Escuela/Instituto _____
 _____ con domicilio sitio en _____
 representada/o por _____, la Maestra de Apoyo /
 el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por _____ y
 la familia del niño/a _____ DNI _____ para
 llevar a cabo la integración del niño/a en el Año/Sala _____ turno _____

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

La Institución Educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender el niño según las necesidades vinculadas a su educación
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La Familia se compromete a:

- Acompañar activamente el proceso de aprendizaje
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma del afiliado Titular

Firma del beneficiario (mayor de edad), Padre, Madre o Tutor

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del Director de la Institución Escolar

Firma y Sello del Prestador

Aclaración: _____

Aclaración: _____



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD AULICA

Institución en la que se brindará la Prestación _____

Domicilio _____ de la ciudad de _____

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EXTRA-AULICAS

Domicilio real donde se realizarán las prestaciones _____

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma del afiliado Titular

Firma y Sello Maestra de Apoyo

Aclaración: _____

Aclaración: _____



CONFORMACIÓN DEL EQUIPO INTERVINIENTE

Nombre y Apellido	Título Profesional / Especialidad	Objetivo de la Intervención	Firma y Sello
1			
2			
3			
4			

Firma del afiliado Titular

Firma y Sello Maestra de Apoyo

Aclaración: _____

Aclaración: _____



MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – FIM

DATOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

Item	Actividad	Puntaje	Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional	
Autocuidado				
1	Alimentación		Independiente	
2	Aseo Personal		Independiente total	7
3	Baño		Independiente con adaptaciones	6
4	Vestido Parte Superior		Dependiente	
5	Vestido Parte Inferior		Solo requiere supervisión.	
6	Uso del Baño		No se asiste al paciente.	
Control de Esfínteres				
7	Control de Intestinos		Solo requiere mínima asistencia.	
8	Control de Vejiga		Paciente aporta 75% o más.	
Transferencias				
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas		Requiere asistencia moderada.	
10	Transferencia al Baño		Paciente aporta 50% o más.	
11	Transferencia a la Ducha o la Bañera		Requiere asistencia máxima.	
Locomoción				
12	Marcha o Silla de ruedas		Paciente aporta 25% o más.	
13	Escaleras		Requiere asistencia total.	
Comunicación				
14	Comprensión		Paciente aporta menos del 25%.	
15	Expresión			
Conexión				
16	Interacción Social			
17	Resolución de problemas			
18	Memoria			
		Puntaje FIM Total	<input type="text"/>	

Deberá ser completada por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en Psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Fecha	<input type="text"/>	Firma y Sello del Profesional Interviniente	<input type="text"/>	Firma y Sello del Profesional Interviniente	<input type="text"/>
		N° de Matrícula	<input type="text"/>	N° de Matrícula	<input type="text"/>
		Especialidad	Especialidad



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES (PRESTACIÓN DE APOYO)

Lugar y fecha _____

DATOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO

Nombre y Apellido _____

CUIL _____ Edad _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación / Especialidad: _____

Período desde _____ hasta _____ Año _____

Cantidad de sesiones semanales _____ (hasta 6 hs.)

Cantidad de sesiones mensuales _____ (hasta 24 hs.)

Monto por Sesión \$ _____ Monto Mensual \$ _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio Real (donde se brindara la prestación) _____

Teléfono _____ Email _____

CRONOGRAMA DE ACITIVADES

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					



OBJETIVOS DEL PLAN DE TRABAJO

Objetivos Concretos

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Firma y sello del profesional



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES MÓDULO MAESTRA DE APOYO

Lugar y fecha _____

DATOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO

Nombre y Apellido _____

CUIL _____ Edad _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación / Especialidad: _____

Período desde _____ hasta _____ Año _____

Cantidad de horas mensuales _____ (32 hs. mínimas)

Monto Mensual \$ _____

Institución donde se brinda la prestación – Escuela: _____

Sito en la calle: _____ Nº _____ de la ciudad de _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Teléfono _____ Email _____

CRONOGRAMA DE ACITIVADES

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					



OBJETIVOS DEL PLAN DE TRABAJO

Objetivos Concretos

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Firma y sello del profesional