

Prestaciones  
Básicas para  
Personas con  
Discapacidad

2025

Prestaciones de  
Discapacidad -  
ISSUNNE

## REQUISITOS PARA AUTORIZACION

El afiliado que solicite la cobertura de las prestaciones por DISCAPACIDAD deberá iniciar un trámite y actualizarlo anualmente o cuando existan variaciones o modificaciones que lo ameriten.

### PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN INICIAL

1. Solicitud de Prestación (Formulario 01)
2. Planilla de datos socio-familiares (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. Constancia de alumno regular Y/O EN SU DEFECTO INFORME JUSTIFICANDO LOS MOTIVOS POR LOS CUALES NO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO Y/O INSTITUCIONALIZADO.
6. Indicación Médica – Deben señalar explícitamente, EN SU TOTALIDAD y en forma legible los siguientes ítems (de faltar alguno, será devuelta la documentación)
  - a. 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, **no se reconocerá prestaciones no solicitadas en tiempo y forma**)
  - b. Nombre y apellido del paciente, DNI y edad.
  - c. Diagnóstico
  - d. Prestación conforme Nomenclador (Nombre de la prestación - tipo de jornada - cantidad de sesiones) (ver Cuadro de Prestaciones)
  - e. Período de intervención terapéutica/educativa (Ejemplo: Febrero a noviembre 2025.)
  - f. Firma y sello del profesional
  - g. Particularidades
    - i. **Para prestaciones en CENTROS EDUCATIVOS:** 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)
    - ii. **Para prestación de APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:** La indicación debe decir EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO y especificar las especialidades.
7. Evaluación inicial (Formulario Resumen Historia Clínica)
  - a. Confeccionada por el prestador tratante especialista en conformidad con lo solicitado. En original y sin enmiendas.
  - b. Consignar antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas.
  - c. Parámetros funcionales actuales (mental, motor, sensorial)
  - d. Consignar evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico / Psiquiátrico) en el último año.
  - e. Firma y sello legible del Prestador.
  - f. Conformidad del titular
8. Medida de Independencia Funcional – FIM para los casos en que sea solicitada “Dependencia” y/o Transporte (Formulario FIM)
9. Formulario de Conformidad de Prestaciones (Formulario 03)
10. Plan de tratamiento profesional de cada prestador/prestación solicitado (formulario 04)
  1. **Para prestaciones de TRANSPORTE:** Deberá necesariamente estar indicado en el CUD la cobertura de transporte y referirse a una discapacidad motora
  2. **Para Prestaciones de Integración Escolar:** Acta de acuerdo y anexos (Formulario 05 - Anexo A y B)

**LA PRESCRIPCIÓN NO PUEDE SER EMITIDAS POR PROFESIONALES DE LA MISMA INSTITUCIÓN DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN, No puede señalar nombre del prestador. No puede poseer enmiendas y debe ser confeccionada con letra clara, de no reunir estos requisitos se rechazará la solicitud.**

## DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA PARA RENOVACION Y/O MODIFICACION

- 1) Indicación Médica: Debe señalar explícitamente, EN SU TOTALIDAD y en forma legible los siguientes ítems (de faltar alguno, será devuelta la documentación)
  - a. 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, **no se reconocerá prestaciones no solicitadas en tiempo y forma**)
  - b. Nombre y apellido del paciente, DNI y edad.
  - c. Diagnóstico
  - d. Prestación conforme Nomenclador (Nombre de la prestación - tipo de jornada - cantidad de sesiones) (ver Cuadro de Prestaciones)
  - e. Período de intervención terapéutica/educativa (Ejemplo: Febrero a noviembre 2023.)
  - f. Firma y sello del profesional
  - g. Particularidades
    - i. **Para prestaciones en CENTROS EDUCATIVOS:** 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)
    - ii. **Para prestación de APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:** La indicación debe decir EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO y especificar las especialidades.

**LA PRESCRIPCIÓN NO PUEDE SER EMITIDA POR PROFESIONALES DE LA MISMA INSTITUCIÓN DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN, No puede señalar nombre del prestador. No puede poseer enmiendas y de debe ser confeccionada con letra clara, de no reunir estos requisitos se rechazará la solicitud.**

- 2) Evaluación anual ( Formulario Resumen de Historia Clínica actualizada)
- 3) Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad (CUD) o Constancia de Prórroga (**Si estuviera vencido el original**)
- 4) Constancia de alumno regular (**actualizado, se admitirá extender su presentación hasta mayo de cada año**)
- 5) Formulario de Conformidad de Prestaciones (Formulario 03)
- 6) Plan de tratamiento profesional de cada prestador/prestación solicitado
  - a. Prestaciones de Apoyo – Formulario 04
  - b. Prestaciones educativas – Formulario 05 anexo a y b
  - c. Formulario