



DISP - 2025 - 24 - DGADM-DGADMSS-
DR-ISSUNNE # UNNE

VISTO: ISSUNNE - EXP - 2025 – 3, y;

La necesidad de reglamentar el procedimiento de alta y otorgamiento de las prestaciones de Rehabilitación, Terapéutico-Educativas y Asistenciales contempladas en el Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad y de establecer un nomenclador propio;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 24.901 de Sistema de Prestaciones Básicas en habilitación Y rehabilitación Integral a favor de las Personas Con Discapacidad, establece prestaciones de distinto tipo, todas ellas tendientes a la adquisición y/o restauración de aptitudes para lograr la integración social de la persona con discapacidad;

Que, la mencionada Ley determina de forma expresa que la obligatoriedad de sus previsiones a las entidades enunciadas en el artículo 1° de la ley 23.660, de las cuales se hallan expresamente excluidas las obras sociales universitarias, por mandato legislativo mediante Ley 23.890;

Que, con el dictado de la Ley 24741 se ha dotado a las obras sociales universitarias la facultad de establecer sus propios lineamientos y regulaciones, garantizando la autonomía necesaria para adaptarse a las particularidades del colectivo al que sirven;

Que, resulta propicio revisar el procedimiento de otorgamiento y alta de los servicios establecidos para las prestaciones de rehabilitación terapéuticas educativas y asistenciales (estimulación temprana, educación inicial, general básica, formación laboral, etcétera), reglamentando los mecanismos de acceso, evaluación y seguimiento de las prestaciones;

Que, en esta dirección, es necesario establecer un nomenclador propio para cumplimentar las prestaciones de rehabilitación terapéuticas educativas y asistenciales en materia de discapacidad sobre la base del establecimiento de criterios claros para la asignación, planificación y distribución de los recursos de la institución;



Que la regulación de las prestaciones debe incluir mecanismos de control y seguimiento que permitan evaluar la efectividad de las medidas implementadas, así como la utilización responsable de los recursos disponibles;

Que, la propuesta fue presentada y aprobada por el Consejo de Administración del ISSUNNE en sesión del 29 de noviembre del año 2024;

Conforme los fundamentos vertidos y las atribuciones del artículo 3 y 8 a) y b) de la Ordenanza de Organización y Funcionamiento del ISSUNNE Res. 076/99 C.S.-

Por ello,

LA DELEGADA RECTORAL DEL I.S.S.U.N.N.E.

DISPONE

Artículo 1°: Aprobar la Reglamentación de las prestaciones de rehabilitación terapéuticas educativas y asistenciales para personas con discapacidad en los términos del Anexo I que integran el presente decisorio.

Artículo 2°: Aprobar el Nomenclador del ISSUNNE en materia de Prestaciones de rehabilitación, terapéuticas, educativas y asistenciales para personas con Discapacidad en los términos del Anexo II que se integra a la presente;

Artículo 3°: Aprobar los Formularios N° 01, 02, 03, 04, 05, y 05 anexo a) y b) y el Formulario de Medida Independencia Funcional (FMI) que se anexan;

Artículo 4°: Dejar sin efecto las previsiones respecto a cobertura, procedimiento y nomenclador para Prestaciones Terapéuticas Educativas y Asistenciales establecidos en la Disposición N° 745/13 y/o en cualquier otra norma que se oponga a la presente.

Artículo 5°: Registrar y publicar el presente acto administrativo en el Boletín Oficial de la Universidad Nacional del Nordeste.

Dra. Rocío Paola Cardozo

Delegada Rectoral

I.S.S.U.N.N.E



ANEXO I

REGLAMENTO DE LAS PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN, TERAPÉUTICO-EDUCATIVAS Y ASISTENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ISSUNNE

OBJETIVOS:

1) Definir los formularios y los contenidos, características y alcances de los servicios de atención que brindan las prestaciones de Rehabilitación, Terapéutico-Educativas y Asistenciales contempladas en el Sistema de Prestaciones

Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.

2) Fijar los procedimientos de autorización, facturación y liquidación de las prestaciones.

3) Definir el Nomenclador de Prestaciones para Personas con Discapacidad, la Normativa General, los Niveles de atención y tratamiento adaptados al contexto y recursos del ISSUNNE.

4) Re-empadronamiento de todos los prestadores de ISSUNNE, orientando la facturación mediante los Colegios y Asociaciones médicas correspondientes a cada especialidad.

A) REQUISITOS PARA PRESTADORES

Todo prestador que pretenda integrar el padrón de prestaciones para personas con Discapacidad deberá aceptar los términos y condiciones del nuevo nomenclador de Discapacidad de ISSUNNE y podrá facturar por 2 medios:

1) Mediante la Asociación, Colegio o Centro especializado en atención a personas con discapacidad.

2) De forma directa: Centros de atención especializados, cuando no exista asociación y/o colegio que nuclea la especialidad (Maestra Especial, Psicopedagogía, etc) y los prestadores que actualmente tengan convenio directo vigente.

Requisitos y Formularios:

a- Alta de Prestador Profesional

b- Alta de Prestador Establecimiento

c- Alta de Maestra de Apoyo

La solicitud de los formularios se realiza mediante correo electrónico a e-mail:
liquidaciones_issunne@unne.edu.ar

B) PROCEDIMIENTO DE ALTA DE PRESTADOR:

1) El trámite ingresará por el Dpto. de Tramites y Documentos (SUDOCU-Sistema Único de Documentos Digital).

2) Se remitirá al sector de Liquidaciones para el control general de la documentación y la solicitud de faltantes.

3) Se elevará el trámite a la Delegación Rectoral para su evaluación y firma del Reglamento Prestacional, (previa revisión del convenio por Asesoría Legal en los casos de Instituciones).

4) Se remitirá el trámite al área de Liquidaciones y se dará el alta.

5) Se remitirá el trámite a Tesorería para que agregue los datos bancarios.

6) Por último, se remitirá nuevamente al sector Liquidaciones, quien compartirá el trámite con el área de auditoría médica y archivará el trámite.

C) PROCEDIMIENTO PARA LA FACTURACIÓN

El Prestador autorizado y luego de realizadas las prestaciones, iniciará 1 (uno) trámite ante ISSUNNE por el Dpto. de Tramites y Documentos en forma mensual (SUDOCU-Sistema Único de Documentos Digital), conforme el plazo y requisitos establecidos por el Dpto. de Tramites y Documentos. Presentando:

1) Hoja de Presentación de Facturación.

2) Factura/Recibo "B o C" consignando en la descripción:

a- Tipo de Prestación

b- Beneficiario: DNI, Apellido y Nombre

c- Periodo

3) Órdenes originales firmadas por el titular.

4) Planillas de asistencia al tratamiento.

5) Otro tipo de documentación que se considere necesaria para la correcta liquidación de las prestaciones.

(Los ítems 3, 4 y 5 se presentarán en un sobre cerrado).

D) REQUISITOS PARA PRESTADORES - FACTURACIÓN DISCAPACIDAD ISSUNNE



Universidad Nacional del Nordeste

Instituto de Servicios Sociales

ISSUNNE - EXP - 2025 - 3

Mediante la presente informamos sobre la modalidad de facturación a ISSUNNE para Prestaciones de Discapacidad:

Las prestaciones deberán realizarse sólo previa autorización de las mismas. Dicha autorización la realiza el afiliado mediante los formularios que deben ser solicitados al Área de Discapacidad de ISSUNNE, vía correo electrónico a e-mail: discapacidad_issunne@unne.edu.ar

No se reconocerán prestaciones retroactivas.

Las órdenes implican el máximo de prestaciones autorizadas según lo presupuestado y autorizado por el Área de Auditoría en Discapacidad. Cada prestador debe facturar conforme la planilla de asistencia y según la cantidad de sesiones u horas efectivamente realizadas, considerando las normas y requerimientos para cada tipo de prestación. Las órdenes son emitidas en forma trimestral con valores actualizados. No se abonará ajustes de convenios o actualizaciones por error en facturación.

La documentación a presentarse-remitirse será la siguiente:

- 1) Hoja de presentación de facturación de Mesa de Entradas-SUDOCU-Sistema Único de Documentos Digital- (se adjunta) Realizar una presentación por mes, incluyendo todos los pacientes en un solo trámite.
- 2) Factura B o C según corresponda por paciente.
- 3) Orden autorizada coincidente con el mes facturado. (Verificar que sea ORIGINAL).
- 4) Planilla de asistencia de ISSUNNE.

Toda otra documentación (informes, declaración jurada, constancias de AFIP, etc....), será solicitada expresamente por el Área de Auditoría en Discapacidad o el Dpto. Contable.

E) PROCEDIMIENTO INICIAL DE AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

1) Reunida toda la documentación por el Afiliado (ver requisitos para autorización), la misma será verificada y controlada previamente por el área de Asistencia Social (que verificará en rasgos generales que no falte documentación y que los prestadores se encuentran de alta en el padrón de ISSUNNE).

2) Revisada la documentación el afiliado iniciará la presentación por Mesa de Entradas (SUDOCU-Sistema Único de Documentos Digital), quien dará origen al trámite correspondiente con la documentación ordenada conforme el formulario de Requisitos.

3) El trámite se remitirá al área de Auditoría en Discapacidad quien revisará y realizará las observaciones correspondientes para autorizar las prestaciones. De existir observaciones se dejará asentado en el trámite los requerimientos y comunicaciones realizadas con el paciente y/o prestador.

4) Completado el trámite y autorizadas las prestaciones se emitirán las órdenes y planillas de asistencia correspondientes.

5) El área de Discapacidad entregará las órdenes y planillas de asistencia al titular (dejando asentado en el trámite la cantidad de órdenes retiradas y el periodo cubierto). Se comunicará que al finalizar el período cubierto se deberá presentar el informe correspondiente para la entrega de las órdenes posteriores.

F) PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES

Toda modificación como así también renovación de las prestaciones serán presentadas al área de asistencia social y auditoría en discapacidad, quienes irán anexando la documentación y los informes al trámite inicial.

G) NORMATIVA Y NOMENCLADOR

Las normas a tener en cuenta para la evaluación y autorización de las prestaciones serán las formuladas por ISSUNNE en el nuevo Nomenclador de Prestaciones para afiliados con Discapacidad.

H) REQUISITOS PARA AUTORIZACION

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

I) 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 el Dpto. registro y 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 reconocerán 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:

g-1) 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).

g-2) Para prestación de APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR: La indicación debe decir EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO y especificar las especialidades.

LAS PRESCRIPCIONES NO PUEDEN SER EMITIDAS 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.

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 solicitada (formulario 04).

11) Para prestaciones de TRANSPORTE: Deberá necesariamente estar indicado en el CUD la cobertura de transporte y referirse a una discapacidad motora.

12) Para Prestaciones de Integración Escolar: Acta de acuerdo y anexos (Formulario 05 - Anexo A y B).

J) 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 reconocerán 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.

g-1) 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)

g-2) Para prestación de APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR: La indicación debe decir EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO y especificar las especialidades.

LAS PRESCRIPCIONES NO PUEDEN SER EMITIDAS POR PROFESIONALES DE LA MISMA INSTITUCIÓN DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN. NO PUEDE SEÑALAR NOMBRE DEL



Universidad Nacional del Nordeste

Instituto de Servicios Sociales

ISSUNNE - EXP - 2025 – 3

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 solicitada.
 - a. Prestaciones de Apoyo – Formulario 04.
 - b. Prestaciones educativas – Formulario 05 anexo a y b.
 - c. Formulario.

Dra. Rocío Paola Cardozo

Delegada Rectoral

I.S.S.U.N.N.E



ANEXO II

Código	Descripción	Objeto	Población		Norma	Horas min
600101	CENTRO DE DIA - JORNADA DOBLE	Es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana.	Preferentemente a partir de los 14 años.	Mensual	No menos de 7 (siete) horas por día Incluye desayuno, almuerzo y merienda.	154
600102	CENTRO DE DIA - JORNADA SIMPLE			Mensual	No menos de 4 (cuatro) horas por día Incluye una colación.	88
600103	CENTRO DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA - JORNADA DOBLE	El mismo está dirigido a personas con discapacidad que presenten restricciones importantes en la capacidad de auto valimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.	A partir de la finalización del Plan individual estimulación temprana.	Mensual	No menos de 7 (siete) horas por día Incluye desayuno, almuerzo y merienda. Incluye 3 sesiones individuales por semana	154
600104	CENTRO DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA - JORNADA SIMPLE			Mensual	No menos de 4 (cuatro) horas por día Incluye una colación Incluye 2 sesiones individuales por semana	88
600105	ESCOLARIDAD DE FORMACIÓN LABORAL - JORNADA DOBLE	Las personas con discapacidad adquirida podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.	Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y los 24 años de edad cronológica aproximadamente.	Mensual	No menos de 7 (siete) horas por día Incluye desayuno, almuerzo y merienda	154
600106	ESCOLARIDAD DE FORMACIÓN LABORAL - JORNADA SIMPLE			Mensual	No menos de 4 (cuatro) horas por día Incluye una colación	88
600107	ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA - JORNADA DOBLE	Correspondiente a la primera etapa de la escolaridad	Se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente	Mensual	No menos de 7 (siete) horas por día Incluye desayuno, almuerzo y merienda	154
600108	ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA - JORNADA SIMPLE			Mensual	No menos de 4 (cuatro) horas por día Incluye una colación	88
600109	ESCOLARIDAD PRIMARIA - JORNADA DOBLE	Dentro de un servicio escolar especial o común	Se desarrolla entre los 6 y 18 años de edad,	Mensual	No menos de 7 (siete) horas por día Incluye desayuno, almuerzo y merienda	154
600110	ESCOLARIDAD PRIMARIA - JORNADA SIMPLE			Mensual	No menos de 4 (cuatro) horas por día Incluye una colación	88



Código	Descripción	Objeto	Población			Cant min
600111	ESTIMULACIÓN TEMPRANA MENSUAL	Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.	Desde el nacimiento hasta los 4 años de edad.	Mensual.	La sesión de tratamiento será de 45 minutos, 3 veces por semana. Incluye además las entrevistas psicológicas y las consultas médicas.	12
600114	MÓDULO MAESTRA DE APOYO MENSUAL	Apoyo pedagógico para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Abarca una población entre los 3 y los 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.	Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad, que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles.	Mensual.	Mínimo de 8 horas semanales, en todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo. Includo en 600116 Bloquea código 600115 y 600116	32
600115	MAESTRA DE APOYO POR HORA			Hora	No más de 6 horas semanales. Includo en 600114 y 600116 Bloquea código 600114 y 600116	1
600116	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (Equipo)	Apoyos específicos para la evaluación y la atención de alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes. Incluye Maestra y mín 2 prestadores	Entre los 3 y los 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad, que curse dentro del ámbito de la educación común.	Mensual.	Mínimo de 10 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo. Bloquea código 600114 y 600115	40
600117	REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO	Fisioterapia - Kinesiología, Terapia ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía y otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente.	Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación	Mensual	Se autorizará para centros, la cantidad de sesiones dependerá del proyecto individual e incluirá la atención diaria individual, familiar y de coordinación del equipo.	40
600118	REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE			Mensual	Corresponde para periodicidad menor a 5 días. Con 25 sesiones mínimas	25
600001	ADICIONAL DEPENDENCIA POR DISCAPACIDAD	35% de Adicional, del módulo	Pacientes con FIM dependencia moderada y discapacidad motora.		Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día y Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Transporte	



Código	Descripción	Objeto	Población		Norma	Cant
600200	TRANSPORTE					
600201	TRASLADOS	Por kilómetro traslado	Pacientes con FIM dependencia moderada y discapacidad motora.	por kilómetro	Con tramo corto de 12 kilómetros diarios	1
600300	PRESTACIONES DE APOYO					Tope máximo semanal
600301	SESION DE KINESIOLOGIA	Prestación de rehabilitación.	Niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales	Sesión	Ver tope semanal por especialidad. El máximo de sesiones será de hasta seis (6) sesiones semanales incluidas todas las especialidades. La sesión será de 45 minutos mínimo.	3
600302	SESIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL					3
600303	SESIÓN REHABILITACIÓN DEL LENGUAJE					3
600304	SESIÓN DE PSICOLOGÍA					2
600305	SESION DE FONOAUDIOLOGIA					2
600306	SESION DE- PSICOPEDAGOGIA					2
600307	SESION DE REHABILITACION - OTROS					-

Dra. Rocío Paola Cardozo
Delegada Rectoral
I.S.S.U.N.N.E



MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – FIM

DATOS DEL AFILIADO PACIENTE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

Item	Actividad	Puntaje	Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional	
Autocuidado				
1	Alimentación		Independiente	Puntuación
2	Aseo Personal		Independiente total	7
3	Baño		Independiente con adaptaciones	6
4	Yestido Parte Superior			
5	Yestido Parte Inferior			
6	Uso del Baño		Dependiente	Puntuación
Control de Esfínteres				
7	Control de Intestinos		Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
8	Control de Vejiga		Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Transferencias				
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas		Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
10	Transferencia al Baño		Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
11	Transferencia a la Ducha o la Bañera		Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1
Locomoción				
12	Marcha o Silla de ruedas			
13	Escaleras			
Comunicación				
14	Comprensión			
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 items 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

Firma y Sello del Profesional Interviniente

Nº de Matrícula

Especialidad

Firma y Sello del Profesional Interviniente

Nº de Matrícula

Especialidad



DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1 - ALIMENTACION

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2 – ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y / o preparación de los elementos de higiene?

3 – HIGIENE

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4 – VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

5 – VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

6 – USO DEL BAÑO

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7 – CONTROL DE INTESTINOS

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

8 – CONTROL DE VEJIGA

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9 – TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

10 – TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11 – TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.



12 – MARCHA / SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13 – ESCALERAS

Implica subir y bajar escalones.

14 – COMPRESION

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

15 – EXPRESION

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16 – INTERACCION SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17 – RESOLUCIONES DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos

18 – MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares



ANEXO III- FORMULARIOS

Formulario 01

SOLICITUD DE PRESTACIONES

Lugar y fecha _____

Delegada Rectoral del ISSUNNE

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el propósito de solicitarle la cobertura prestacional correspondiente, para la realización de las siguientes prácticas / tratamiento de:

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

DATOS DEL AFILIADO PACIENTE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Estado Civil _____

Domicilio de residencia actual _____

Ciudad _____ Provincia _____ CP _____

Tipo de Afiliación _____ Parentesco con el titular _____

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Estado Civil _____

Domicilio de residencia actual _____

Teléfono _____ Email _____

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

Firma del afiliado Titular

Firma del afiliado Paciente,
Padre, Madre o Tutor

Aclaración: _____

Aclaración: _____



PLANILLA DE DATOS SOCIO-FAMILIARES

Lugar y fecha _____

DATOS DEL PADRE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Estado Civil _____

Domicilio de residencia actual _____

Ciudad _____ Provincia _____ CP _____

Teléfono _____ Email _____

DATOS DE LA MADRE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Estado Civil _____

Domicilio de residencia actual _____

Ciudad _____ Provincia _____ CP _____

Teléfono _____ Email _____

OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo	Ocupación

Los datos consignados son complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

Firma del Titular

Aclaración: _____



CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO Y/O PRÁCTICA

Lugar y fecha _____

Quien suscribe _____ DNI _____

Afiliado titular de ISSUNNE, presto mi conformidad del tratamiento y/o prestaciones: (Ver anexo Nomenclador)

A favor del afiliado con discapacidad _____ DNI _____

Realizado/as por los prestadores (del padrón de ISSUNNE) que al pie conforman y se comprometen a realizar las prestaciones, por el período desde _____ hasta _____. Año _____.

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

Firma del afiliado Titular

Firma del afiliado Paciente,
Padre, Madre o Tutor

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del Prestador

Firma y Sello del Prestador

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del Prestador

Firma y Sello del Prestador

Aclaración: _____

Aclaración: _____

(Para casos de Prestadores individuales (no centros) se deberá firmar una conformidad con cada tipo de Prestación)



MODELO DE PLAN DE TRABAJO

Lugar y fecha _____

DATOS DEL AFILIADO PACIENTE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

DATOS DE LA PRESTACION

Prestación/Tratamiento:

Período desde _____ hasta _____ . Año _____ .

Objetivos Concretos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					
Virtual (medio utilizado)					
Actividad					

Firma del afiliado Titular

Firma y Sello del Prestador

Aclaración: _____

Aclaración: _____

(Para Prestadores individuales (no centros) se deberá confeccionar un modelo de trabajo por cada uno)



ACTA DE ACUERDO – APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (AULICA)

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 Integradora/Instituto representado por _____ y
el titular de ISSUNNE _____ DNI _____
para llevar a cabo la integración del niño/a en el Año/Sala _____ turno _____

HORARIO DE CLASES CON APOYO ESCOLAR (MAESTRA INTEGRADORA)

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs
Hasta	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs
Total de horas					

Cantidad de horas mensuales _____

Firma del afiliado Titular

Firma del afiliado Paciente,
Padre, Madre o Tutor

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del Director de la
Institución Escolar

Firma y Sello Maestra Integ.

Aclaración: _____

Aclaración: _____



MAESTRA DE APOYO ESCOLAR (EXTRA-AULICA)

Lugar y fecha _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

DATOS DE LA PRESTACION

Período desde _____ hasta _____ . Año _____ .

Domicilio: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido _____ CUIT N° ____ - ____ - ____

Domicilio _____

Teléfono _____ Email _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs
Hasta	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs
Total de horas					

Cantidad de horas mensuales _____

Firma del afiliado Titular

Firma y Sello Maestra de Apoyo

Aclaración: _____

Aclaración: _____



SESIONES DE APOYO PROFESIONAL

Lugar y fecha _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

DATOS DE LA PRESTACION

Período desde _____ hasta _____ . Año _____ .

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD - SESIONES PROFESIONALES

Días / Especialidad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs
	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs
	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs	Desde __ : __ hs Hasta __ : __ hs
Total de horas					

Cantidad de horas mensuales _____

Firma del afiliado Titular

Firma y Sello Maestra de Apoyo

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello Prestador I

Firma y Sello Prestador II

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello Prestador III

Firma y Sello Prestador IV

Aclaración: _____

Aclaración: _____



FORMULARIO DE TRANSPORTE

Lugar y fecha _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social _____ CUIT N° _____ - _____ - _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Email _____

(Si el transporte fuera otorgado por una empresa distinta al prestador que brinda la prestación principal, deberá estar inscripta en el padrón de prestadores de ISSUNNE) No se admiten traslados en remis simples

DATOS DE LA PRESTACION, RECORRIDO Y CRONOGRAMA

Prestación a recibir _____

Período desde _____ hasta _____ Año _____.

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____

Hasta calle _____ N° _____ Localidad _____

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Ida	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs
Vuelta	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs	__ : __ hs
Km total por día					
Presupuesto mensual	Km total mensual _____ valor por Km \$ _____ Valor total Mensual \$ _____				

(se reconoce el valor del Nomenclador de Discapacidad por kilómetro transportado)

Firma del afiliado Titular

Firma y Sello Prestador

Aclaración: _____

Aclaración: _____



RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Lugar y fecha _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido _____

Domicilio

Teléfono _____ Email _____

DIAGNÓSTICO Y ESTADO ACTUAL

EVOLUCIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO:

ANTECEDENTES DE SALUD SIGNIFICATIVOS

MEDICACIÓN

PLAN TERAPÉUTICO

Firma y Sello Medico

Hoja de firmas