



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Resolución

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - Resolución - Reglamentación RESOL- 2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP - Internación Domiciliaria

VISTO el EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP, la Ley N° 19.032 y su modificatoria Ley N° 25.615, el Decreto N° 2/2004, la Resolución RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 1o de la Ley No 19.032, de conformidad con las modificaciones introducidas por su similar N° 25.615, asignó al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS el carácter de persona jurídica de derecho público no estatal, con individualidad financiera y administrativa con el objeto principal de brindar la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a las personas jubiladas y pensionadas del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud.

Que en virtud de las competencias atribuidas al Directorio Ejecutivo Nacional del INSSJP, en especial por el art. 6° de la Ley N° 19.032 y modificaciones introducidas por su similar N° 25.615, y el artículo 3° del Decreto N° 02/04PEN, el Órgano Ejecutivo posee plenas facultades para dictar las normas necesarias para la adecuada administración y funcionamiento del organismo.

Que a través de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, se aprobó el Nuevo Modelo de Internación Domiciliaria (ID), las modificaciones al Nomenclador del Instituto y el nuevo modelo de contrato a firmar con los prestadores que acrediten la capacidad para brindar la cobertura prestacional requerida.

Que la INTERNACIÓN DOMICILIARIA del Instituto se define como la secuencia de acciones integradas, organizadas y coordinadas para brindar soporte clínico asistencial de diferente complejidad, a través de un grupo interdisciplinario de profesionales y técnicos de la salud, administrado en el domicilio de una persona con patología/s complejas, aguda/s y/o subaguda/s, bajo protocolos definidos de prestación y registros unificados de asistencia.

Que, a fin de implementar adecuadamente la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, se considera oportuno y conveniente el dictado de la presente con el fin de reglamentar el Nuevo Modelo de Internación Domiciliaria (ID).

Que, con el objeto de asegurar una correcta transición entre el modelo vigente y el Nuevo Modelo de Internación Domiciliaria, resulta necesario modificar la fecha de su entrada en vigencia, y consecuentemente el plazo para la convocatoria a nueva inscripción y reinscripción de los Prestadores, así como la fecha de la vigencia de los códigos dados de baja a través del Anexo IV de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, con el objeto de asegurar una correcta cobertura y continuidad de las prestaciones para las personas afiliadas, así como a los efectos retributivos de la transmisión y validación de las órdenes de prestación generadas.

Que, por otro lado, es necesario modificar la frecuencia de los Submódulos de enfermería correspondientes al Módulo 150 - Cuidados Paliativos Domiciliarios, aprobados mediante RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP a fin de facilitar su transmisión.

Que, en función de dicha modificación, y atento que los valores del Módulo 150 - Cuidados Paliativos Domiciliarios quedaron desactualizados, resulta necesario rectificar el Menú prestacional aprobado a través de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP.

Que, en tanto se observó un error material involuntario en el Modelo de contrato aprobado mediante la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, se requiere modificar dicho anexo.

Que la Gerencia de Prestaciones Médicas, la Coordinación Ejecutiva, la Gerencia de Análisis de Procesos Retributivos, la Gerencia Económico Financiera, la Gerencia de Políticas de Cuidado, la Gerencia de Auditoría Prestacional y la Gerencia de Tecnología de Información han tomado la debida intervención en el marco de sus funciones.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos del Instituto ha tomado la debida intervención en el marco de su competencia.

Por ello, y en uso de las facultades conferidas por el artículo 6° de la Ley N° 19.032 y sus modificatorias y por los Artículos 2° y 3° del Decreto PEN N° 02/04, el Artículo 1o del Decreto N° DECTO-2023-63-APN-PTE.

**EL DIRECTOR EJECUTIVO
DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS
RESUELVE:**

ARTÍCULO 1°.- Dejar sin efecto el Artículo 15° de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP.

ARTÍCULO 2°.- Aprobar la Reglamentación a la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP que se adjunta como Anexo I (IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP), de la presente, que entrará en vigencia conjuntamente para todas las Unidades de Gestión Local del Instituto, a partir del 09/12/2024.

ARTÍCULO 3°.- Aprobar las modificaciones al Nomenclador Común del Instituto, aprobado por Resolución N° 883/DE/17 modificatorias y complementarias, en lo atinente al nuevo Modelo de Internación Domiciliaria aprobado por RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, conforme el Anexo II (IF-2024-127939252-INSSJP-DE#INSSJP) que se agrega como parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 4°.- Aprobar los códigos exclusivos para la emisión de órdenes de prestación que como Anexo III (IF-2024-127939244-INSSJP-DE#INSSJP) que se agrega como parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 5.- Reemplazar el Anexo III (IF-2024-110127225-INSSJP-DE#INSSJP), aprobado mediante el

Artículo 3° de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, por el Anexo IV Nuevo Nomenclador de Internación Domiciliaria (IF-2024-127939384-INSSJP-DE#INSSJP) que se agrega como parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 6°.- Aprobar el Anexo V (IF-2024-127939393-INSSJP-DE#INSSJP) Relación entre códigos de emisión y transmisión y cantidades máxima a autorizar y transmitir que forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 7°.- Aprobar el Anexo VI (IF-2024-127939572-INSSJP-DE#INSSJP) Documentación requerida para la autorización de cada módulo, que forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 8°.- Aprobar los Niveles de autorización para la emisión de órdenes de prestación que como Anexo VII (IF-2024-127939560-INSSJP-DE#INSSJP) forma parte de la presente.

ARTÍCULO 9°.- Aprobar las Planillas de Solicitud y Renovación, que como Anexo VIII (IF-2024-127939830-INSSJP-DE#INSSJP) forman parte de la presente.

ARTÍCULO 10°.- Aprobar el Acuerdo médico-familiar/representante que como Anexo IX (IF-2024-127944366-INSSJP-DE#INSSJP) forma parte de la presente.

ARTÍCULO 11°.- Aprobar el Procedimiento para acceder a las prestaciones de internación domiciliaria que como Anexo X (IF-2024-127939838-INSSJP-DE#INSSJP) forman parte de la presente.

ARTÍCULO 12°.- Reemplazar el Anexo V (IF-2024-110127108-INSSJP-DE#INSSJP), aprobado mediante el Artículo 8 de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, por el Anexo XI Modelo de contrato de Internación Domiciliaria (IF-2024-127939846-INSSJP-DE#INSSJP) que se agrega como parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 13°.- Establecer que la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP y la presente medida entrarán en vigencia a partir del 09/12/2024.

ARTÍCULO 14°.- Rectificar el Artículo 9° de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, que quedará redactado de la siguiente forma "Establecer una convocatoria de nueva inscripción y reinscripción en el Portal de Prestadores y Proveedores de la totalidad de prestadores que brindan Internación Domiciliaria - ID, otorgando un plazo máximo de treinta (30) días corridos desde la entrada en vigencia de la presente Resolución para su cumplimiento, caso contrario se considerará rescindido el contrato vinculante entre las partes".

ARTICULO 15°.- Establecer que la auditoría integral de admisión en terreno (Art. 19 Anexo I, RESOL-2018-1120-INSSJP-DE#INSSJP) será realizada por la Gerencia de Auditoría Prestacional. Quedarán exceptuados de la misma, aquellos prestadores que procedan a la reinscripción referida en el artículo precedente y hubieran cumplimentado dicha instancia con anterioridad.

ARTÍCULO 16°.- Rectificar el Artículo 6° de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, que quedará redactado de la siguiente forma "Establecer que los módulos dados de baja a través del Anexo IV de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, quedarán vigentes hasta el 31/03/2025, a los fines de la emisión de Órdenes de Prestación, con el objeto de asegurar la continuidad de las prestaciones para las personas afiliadas, y hasta el 30/06/2025, a los fines retributivos de la transmisión y validación de la ordenes de prestación generadas con dichos códigos, de igual manera las empresas prestadoras estarán habilitadas por el mismo término".

ARTÍCULO 17°.- Ratificar la delegación en la Gerencia de Prestaciones Médicas realizada mediante los Artículos 13° y 14° de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP.

ARTÍCULO 18°.- Regístrese, comuníquese y publíquese en el Boletín Oficial del Instituto. Cumplido archívese.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

ANEXO I

RESOLUCIÓN REGLAMENTACIÓN RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP INTERNACIÓN DOMICILIARIA (ID)

El servicio de internación domiciliaria se configura como una alternativa de atención integral que permite brindar cuidados médicos y asistenciales en el hogar, orientado a pacientes que presentan diversas **pluripatologías**. Este servicio busca garantizar una atención personalizada, promoviendo la calidad de vida del paciente en un entorno familiar, evitando o acortando hospitalizaciones innecesarias.

Características del Servicio:

1. Atención integral y multidisciplinaria:

El servicio es provisto por un equipo de profesionales de la salud (médicos, enfermeros, kinesiólogos, entre otros), quienes trabajan de manera coordinada para atender las necesidades complejas de los pacientes con requerimientos de cuidados asistenciales médicos complejos, en regular estado general, que padezcan alguna enfermedad crónica con reagudizaciones, que requieran control estrecho de funciones básicas, y la atención de potenciales complicaciones. Ejemplos: personas con patologías crónicas avanzadas degenerativas o invalidantes, como esclerosis múltiple, cuadriparesia, PC Complejos, esclerosis lateral amiotrófica, ECNE, persona con requerimiento de oxigenoterapia continuo, traqueostomizados, sonda vesical, secuelas invalidantes motoras o respiratorias, enfermedad osteoarticular degenerativa crónica invalidante.

2. Control y manejo de los módulos crónicos y crónicos complejos:

El enfoque del servicio es asistencial domiciliario mientras dure el periodo de la prestación. Se trabaja en la administración de tratamientos, monitoreo de signos vitales y educación al paciente y su familia para su mejor atención.

3. Tratamiento de condiciones agudas:

El servicio incluye la posibilidad de manejar episodios agudos como infecciones, y cuadros leves dentro del domicilio del paciente, evitando traslados innecesarios al hospital y reduciendo los riesgos asociados a la hospitalización prolongada, como infecciones intrahospitalarias.

4. Cuidados paliativos:

Para aquellos pacientes afiliados del Instituto que se encuentran en fases avanzadas de enfermedades terminales, se brinda atención médica especializada, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, aliviar el dolor y garantizar confort en su etapa final. Brindando, además apoyo emocional y psicosocial tanto para el paciente y su entorno.

5. Evitar hospitalizaciones innecesarias:

Uno de los objetivos clave es evitar o reducir las hospitalizaciones prolongadas o repetidas, permitiendo al paciente mantenerse en su hogar, lo cual es beneficioso tanto desde el punto de vista físico como emocional.

En resumen, el servicio de internación domiciliaria para los afiliados del Instituto es un modelo de atención centrado en el paciente, adaptado a las complejidades que presenta este grupo poblacional, asegurando que reciban un tratamiento adecuado, seguro y digno en el confort de su hogar.

Solicitud de la prestación

El inicio de la prestación de Internación Domiciliaria (ID) deberá ser solicitado por indicación del médico de cabecera, de profesionales del II Nivel, III Nivel (no RAM), de centros de rehabilitación, en cualquiera de los casos con carácter de DDJJ.

No podrán hacer pedidos ni renovaciones los médicos externos al sistema PAMI.

Cabe señalar que no podrá autorizarse ninguna prestación de Internación Domiciliaria a aquellas personas que vivan solas, ya que es requisito indispensable la participación activa del grupo familiar y/o el entorno de la persona afiliada que brinde una red de contención a la misma y vele por el cumplimiento del servicio. En los casos de personas afiliadas que viven solas y atraviesan una enfermedad, existe una alta posibilidad de vulneración de sus derechos si no se cuenta con una red continente presente durante la prestación.

Para la solicitud de la prestación de ID se deberá presentar la siguiente documentación

- OME/ Planilla de Solicitud ID completa y fechada, más Acta Acuerdo médico-familiar, si eventualmente no pudieran confeccionar la OME por cuestiones técnicas.
- Resumen de historia clínica /epicrisis, deberá contener firma y sello del profesional solicitante.
- Acta Acuerdo Médico - Familiar / Responsable que si bien se encuentra incorporado en la OME deberá estar específicamente consignado

Respecto al resumen de HC y/o Epicrisis estas deberán contener los siguientes datos, con letra legible, firma y sello del médico que lo solicita, estos requisitos serán imprescindibles para autorizar la ID

Fecha de Alta:**Paciente:**

- Nombre y Apellido:
- DNI:
- Edad:
- Sexo:
- Tel:

Diagnóstico Principal:

- [Especificar el diagnóstico que motivó la internación]

Diagnósticos Secundarios:

- [Listar otros diagnósticos relevantes]

Motivo de Internación Domiciliaria:

- [Razones clínicas para la derivación a internación domiciliaria]

Situación al Momento del Alta Sanatorial:**1. Performance Status (Estado Funcional)****2. Escala de Karnofsky/ECOG:** [Detallar el puntaje según la escala utilizada]

- *Karnofsky*: 100 - 0 [Seleccionar el valor adecuado]
- *ECOG*: 0 - 5 [Seleccionar el valor adecuado]

El paciente presenta un estado funcional de [describir brevemente el estado, p.ej., "capaz de realizar todas las actividades cotidianas sin limitación significativa", o "requiere asistencia considerable para la mayoría de las actividades diarias"].

3. Movilidad:

- Descripción: El paciente camina sin ayuda, requiere asistencia parcial (con bastón, andador, etc.), es dependiente de silla de ruedas, está postrado.
- **Capacidad de deambulación:** Deambular autónomamente, deambula con ayuda, incapacidad para deambular

- Observaciones sobre el nivel de independencia en desplazamiento: [detallar si presenta limitaciones específicas o necesidades de rehabilitación]. Y por cuánto tiempo evalúa el profesional que deberán utilizar elementos para su movilidad de acuerdo al diagnóstico clínico o quirúrgico.

4. Dependencia de Terceros:

- El paciente [es totalmente independiente para realizar actividades de la vida diaria / necesita asistencia para algunas actividades (alimentación, higiene, vestimenta) / es completamente dependiente para todas las actividades].
- Requiere asistencia de terceros para: [detallar si se necesita ayuda para baño, vestirse, comer, moverse, o si es dependiente total].

5. Capacidad de Valerse por Sí Mismo:

- El paciente [puede realizar tareas básicas (alimentarse, vestirse, higiene personal) sin asistencia / necesita ayuda en algunas actividades / es completamente dependiente para todas las tareas].
- Comentarios adicionales sobre su capacidad para la autogestión de cuidados: [detallar cualquier observación importante].

Tratamiento Actual:

- **Medicación:** [detallar las medicaciones que el paciente continúa tomando, con dosis y horarios].
- **Cuidados de enfermería requeridos:** [si necesita curaciones, administración de medicación intravenosa, etc.].
- **Rehabilitación recomendada:** [fisioterapia, terapia ocupacional, etc.].

NUEVO PROCEDIMIENTO SOLICITUD INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Con el objetivo de optimizar los procesos y garantizar una atención más eficiente a los pacientes, se informa sobre la implementación de un nuevo procedimiento para la solicitud y renovación de la Internación Domiciliaria. Este cambio busca estandarizar las solicitudes y mejorar la coordinación entre los distintos actores que intervienen en este nuevo procedimiento.

Se deberá confeccionar la (OME) por el Médico de cabecera, el Médico del II Nivel y en las renovaciones también podrán confeccionarlas además los Directores Médicos de la Empresas prestadoras de Internación Domiciliaria con carácter de declaración jurada. La Subgerencia de ID será quien cargue la OP (con OME adjunta) en el sistema SII, para su auditoría correspondiente y posterior asignación si correspondiera.

Corresponderá a las UGL's la confección de la OP en el SII de los afiliados **con amparos** y el seguimiento territorial de dichos casos con la asesoría jurídica local. También será responsabilidad de cada UGL la producción de los expedientes de aquellos casos que sean **vías de excepción** prosiguiendo el trámite en los términos que se realizan actualmente por medio de la UGL. La Subgerencia de ID continuará siendo la responsable de la auditoría de cada solicitud y su respectiva autorización o rechazo.

En caso de contar con planillas físicas (no OME), las mismas deben ser escritas con letra legible, aclarando el estado actual del paciente y su evolución durante la ID. Dichas planillas deberán ser presentadas en sede agencia / UGL para la carga de la OP en el sistema SII.

En el mismo sentido se aclara que aquellos afiliados que ya tenían asignadas prestaciones por el modelo de IDI podrán continuar de acuerdo a cada situación particular y/o patología que lo amerite más allá de la entrada en vigencia de la Resolución RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP recibiendo la prestación en los mismos términos hasta el 30 de junio 2025, fecha de finalización definitiva del programa IDI, cuando operará el vencimiento de la última OP que se autoriza por el modelo referido hasta el 31 de marzo de 2025. Aquellos afiliados que soliciten por primera vez ID se procederá de acuerdo a lo establecido en la nueva Resolución citada anteriormente

Confección de la Orden de Prestación (OP)

Las OP se confeccionarán a través del Sistema Interactivo de Información (SII), de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Solicitud de Internación Domiciliaria previsto en el Anexo I de la presente. Las OP podrán autorizarse por 1, 2, 3 meses, y hasta 6 meses en módulos crónico complejos y amparos.

El módulo principal y los submódulos complementarios podrán ser autorizados en la misma OP, asignando la cantidad de meses correspondiente para cada módulo (mensual: cantidad menor o igual a 3 en los módulos agudos/paliativos y menor o igual a 6 en los módulos crónicos).

Los submódulos se consideran complementarios al Módulo principal, por lo tanto, la validación de los mismos deberá contar con una OP de Módulo principal vigente. De surgir posteriormente un requerimiento de un submódulo adicional, podrá ser autorizado con posterioridad en una OP individual. La fecha de fin de vigencia del Módulo principal aplica también sobre las OP de los submódulos anexados a la misma.

El submódulo de enfermería es el único que podrá autorizarse de manera independiente a un módulo principal, pudiendo acompañarse también de un submódulo de insumos asociado a dicho submódulo de Enfermería. No se podrá autorizar un submódulo de insumos sin un módulo principal o un submódulo de enfermería.

Los módulos B pacientes crónicos se podrán autorizar por un máximo de hasta 6 meses por OP, por tratarse de personas afiliadas que requieren una atención de manera prolongada y continua. Su renovación siempre se realizará tras la evaluación correspondiente por la Subgerencia de ID, siendo el único Módulo de ID que podrá otorgarse por un plazo superior a los 9 meses máximos de los otros módulos, siempre que la evaluación médica de la Subgerencia ID así los considere.

Los módulos principales no pueden combinarse entre sí, son combinables con todos los submódulos y estos últimos a su vez son combinables entre sí. Los niveles de autorización de los módulos se encuentran detallados en el Anexo VII de la presente.

(*) CRITERIOS DE INCLUSIÓN a INTERNACIÓN DOMICILIARIA

- Altas de internación de II Nivel.
- Altas de internación de III Nivel (No RAM).
- Patologías crónicas complejas reagudizada de larga evolución.
- Rehabilitación de patologías aguda/subaguda (como fracturas, ACV, etc.).
- Casos clínico-quirúrgicos (como escaras, úlceras arteriales, etc.).
- Continuación de Tratamientos antibióticos (excluyendo la vía oral).

(*) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN A INTERNACIÓN DOMICILIARIA

- Personas con patologías crónicas estables (por ejemplo, Enfermedad de Alzheimer, artrosis, diabetes, hipertensión arterial, hipotiroidismo, etc.).
- Patología psiquiátrica.
- Personas institucionalizadas (ya sea en instituciones públicas o privadas, a través del Instituto o en forma particular).
- Personas que vivan solas.
- Personas que tengan módulo de fisiatría activo. (excepto evento agudo que justifique ID en este caso se procederá a dar de baja el módulo de fisiatría).

(*) CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

Los cuidados paliativos domiciliarios comprenden un conjunto de servicios destinados a mejorar la calidad de vida de personas que enfrentan enfermedades graves, que amenazan su vida sin expectativa de reversibilidad.

Esta atención, brindada por un equipo multidisciplinario, se enfoca en aliviar los síntomas físicos, psicológicos y emocionales, proporcionando un soporte integral al paciente y a su familia. Los cuidados paliativos en el INSSJP se implementan especialmente cuando la expectativa de vida es menor a 6 meses y el paciente no responde a tratamientos curativos teniendo como objetivo

principal aliviar el dolor y los síntomas, además de ofrecer un abordaje psicosocial que respete los deseos del paciente, brindando contención y dignidad durante el proceso de la enfermedad, sin priorizar la cura, sino el bienestar.

Criterios de Inclusión:

Se debe fundamentar debidamente por medio de informe de especialista de cabecera (Oncólogo, Hematólogo, Neurólogo, Cardiólogo, Nefrólogo, Infectólogo, hepatólogo/Gastroenterólogo, Neumonólogo y/o Médico Paliativista) junto con la documentación adicional respaldatoria (laboratorio, epicrisis imágenes entre otros).

1. **Enfermedades con riesgo de vida en estadio avanzado:** Pacientes con patologías oncológicas avanzadas, enfermedad pulmonar avanzada - insuficiencia cardíaca avanzada - enfermedad hepática avanzada: cirrosis hepática -insuficiencia renal crónica avanzada - SIDA - enfermedades neurodegenerativas y otras enfermedades avanzadas, con pronóstico de vida limitado menor a 6 meses de vida.
2. **Situación de terminalidad terapéutica:** Pacientes para quienes las opciones de tratamiento curativo o que prolonguen la vida ya no son eficaces o recomendables, priorizando la calidad de vida.
3. **Síntomas complejos o no controlados:** Alta carga de síntomas físicos o psicosociales complejos, como dolor intenso, dificultad respiratoria, ansiedad, delirium y otros que afectan la calidad de vida y requieren un abordaje paliativo especializado, relacionados a la progresión de la enfermedad de base.
4. **Deterioro funcional importante:** Pacientes con un estado funcional muy comprometido, generalmente con una escala de Karnofsky inferior a 50% o una escala de Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 3 o más no relacionados con una intercurrentia aguda o con algún tipo de proceso reversible.
5. **Preferencia por atención domiciliaria:** Pacientes y familias que, informados sobre la situación y opciones disponibles, eligen el seguimiento en el hogar para una mayor comodidad y contención emocional.

Criterios de Exclusión:

1. **Rechazo de cuidados paliativos:** Pacientes o familiares que, tras recibir la información adecuada, optan por no ingresar al programa de cuidados paliativos domiciliarios.
2. **Presencia de riesgos de seguridad en el domicilio:** Situaciones de violencia, condiciones ambientales insalubres o inseguras que comprometan la atención adecuada en el hogar.
3. **Inestabilidad médica aguda:** Pacientes con cuadros que requieren atención de urgencia o internación por descompensaciones que no pueden ser controladas en el domicilio.
4. **Dificultades para asegurar la atención adecuada en el hogar:** Situaciones en las que la familia o el entorno del paciente no puede sostener las necesidades de cuidado, incluso con apoyo profesional, o donde el equipo de salud no puede garantizar la periodicidad de las visitas.

Conclusión:

Los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, expectativa de vida menor a 6 meses en enfermedades avanzadas (PMO), junto con un adecuado soporte familiar, son los candidatos para recibir **cuidados paliativos domiciliarios**. Aquellos pacientes que no cumplen estos criterios o que se encuentran en situaciones inestables, sin apoyo o que requieren tratamientos más especializados, deberían ser excluidos de este tipo de atención y considerados para otros servicios, como cuidados hospitalarios o en centros especializados.

Módulo de Internación Mensual para Cuidados Paliativos de Final de Vida.

Se resuelve que los códigos 149 (Módulo de Internación Mensual para Cuidados Paliativos de Final de Vida en Nivel II) y 155 (Módulo de Internación Mensual para Cuidados Paliativos de Final de Vida en Casas de Cuidado) mantendrán su vigencia conforme a lo establecido en la Resol - 2022 - 1008 - INSSJP - DE#INSSJP y su correspondiente reglamentación (DI - 2022 - 1227 - INSSJP - DE#INSSJP).

La evaluación y autorización de las órdenes de prestación de los programas antes mencionados serán competencia exclusiva de esta Subgerencia.

Médico de cabecera:

El médico de cabecera solicitará la prestación del servicio de **Internación Domiciliaria** teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión correspondientes (* *VER CRITERIOS INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN*).

Si corresponde la solicitud, el médico genera una OME en el sistema, quedando la misma en estado OME pendiente, en la misma se deberá cargar toda la información del afiliado sin errores para evitar demoras e inconvenientes.

La OME pendiente se trabajará en la Subgerencia ID-NC-GPM

Subgerencia ID-NC-GPM

- Controla que NO se trate de un caso excluido - Ver criterios de exclusión (*)
- Plazo entre la fecha del diagnóstico/último evento agudo no mayor a 90 días.
- Epicrisis adjunta (si fue externado) o resumen de historia clínica si no proviene del segundo nivel. La historia clínica debe estar completa y reflejar el estado actual del paciente permitiendo de esa forma una adecuada auditoría y asignación.

No corresponde Solicitud (OME)

La OME se Anula, se deberá justificar en el sistema de OME el motivo de la anulación (ver criterios de inclusión y exclusión). Quedando la misma en el estado Anulada.

Corresponde Solicitud (OME)

Se crea una OP en el sistema SII, quedando la misma en estado Pendiente de autorización ID NC - GPM, que será cargada por esta Subgerencia. Una vez obtenido el número de OP, deberá registrarlo en el sistema de OME y cambiarla a estado Registrada. La OME se deberá descargar y adjuntar a la OP en el SII. La OP podrá quedar en alguno de los siguientes estados:

Rechazada: La OP no es autorizada por el médico auditor de NC, quien deberá justificar el motivo del rechazo en el sistema (ver criterios de inclusión y exclusión).

Pendiente de carga de documentación: Si el médico auditor de la Subgerencia ID NC GPM considera que es necesario ampliar la información sobre el afiliado en cuestión, solicitará la comunicación del sector correspondiente con el beneficiario o su familiar responsable para pedir la documentación necesaria para auditar y autorizar si correspondiera las prestaciones que requiera el afiliado.

Pendiente de Coordinación ID-NC GPM: El médico auditor de la subgerencia audita el pedido, si es aprobado queda pendiente de la asignación del prestador por parte de la coordinación ID-NC-GPM, en caso contrario será RECHAZADA.

Generada: El usuario coordinador ID-NC-GPM asigna al prestador. El sistema notifica vía correo electrónico a la empresa.

Prestador ID

La empresa prestadora ID asignada deberá activar la OP en el sistema dentro de las 48 hs hábiles, quedando la misma en estado Activada.

Una vez activada la OP, la empresa prestadora contará con 48 hs. hábiles para comenzar la prestación en el domicilio del afiliado.

“PRÓRROGA”: Si la OP quedará en estado generada, y no fuera activada dentro de las 48 hs. hábiles se considerará en estado vencida; en este caso el prestador ID asignado podrá solicitar una prórroga, la misma será evaluada por la Subgerencia de ID-NC-GPM, si se acepta el sistema envía un nuevo mail al prestador continuando el circuito normalmente. En caso de rechazar la prórroga, la OP permanecerá en estado vencida y de corresponder se cargará una nueva OP para otro prestador. El prestador podrá solicitar hasta 3 prórrogas siempre a partir de las 48 hs.

La empresa deberá designar el personal necesario para cumplir la totalidad de prestaciones autorizadas, debiendo comunicarse a los teléfonos consignados en la OP para informar profesional/es, día de inicio de la atención. El día en que se coordinó el inicio de la prestación, el

personal asignado por la empresa se presentará en el domicilio de la persona afiliada, debiendo registrar las atenciones a través de la aplicación (APP), estableciéndose como fecha de inicio de vigencia de la OP el día de activación de la misma.

Médico Prestador II Nivel (Externación - Médico tratante)

Si el afiliado se encuentra en condiciones de alta hospitalaria, el médico tratante de la entidad completará los formularios Ad Hoc de internación domiciliaria o generará la OME de Internación Domiciliaria teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión correspondientes, la misma quedará en estado OME pendiente.

En la OME se deberán completar los datos filiatorios del afiliado sin errores para evitar demoras e inconvenientes, adjuntando la epicrisis completa que refleje el estado actual del paciente al momento del alta en letra legible y detallando específicamente la prestación que requiera el paciente (ver requisitos epicrisis/Historia Clínica ya detallada anteriormente). Sin esta información no se podrá cargar la OP en el sistema SII, demorando de este modo el alta sanatorial del paciente con el perjuicio que ello implica para el afiliado. La OME generada por el II o III nivel de complejidad será tramitada en la Subgerencia ID-NC-GPM, donde se evaluará la documentación.

Si el II Nivel no contará con el sistema OME, deberá completar las planillas de solicitud ID, la cual se deberá presentar en la agencia más próxima.

VER CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS DETALLADOS EN ESTE ANEXO

No corresponde Solicitud (OME)

En los casos en que la solicitud no corresponda la Subgerencia ID-NC-GPM procederá a la anulación de la misma indicando el motivo.

Corresponde Solicitud (OME)

En los casos en que la solicitud corresponda la Subgerencia ID-NC-GPM crea una OP en el sistema SII, quedando la misma en estado Pendiente de autorización Subgerencia-ID-NC - GPM. Una vez obtenido el número de OP deberá registrarlo en el sistema de OME y cambiarla a estado Registrada.

La OME se deberá descargar y adjuntar a la OP en el sistema SII. La OP deberá ser evaluada por la Subgerencia ID-NC-GPM.

Subgerencia de ID

A partir de esto, la OP auditada podrá quedar en 4 estados diferentes:

Rechazada: La OP no es autorizada por el médico auditor, quien deberá justificar el motivo del rechazo en el sistema (ver criterios de inclusión y exclusión).

Pendiente de carga de documentación: El médico auditor de la Subgerencia ID- NC-GPM considera que es necesario ampliar la información sobre el afiliado en cuestión, solicitará la documentación complementaria a través del área correspondiente

Pendiente de Coordinación ID-NC GPM: El médico auditor de la subgerencia audita el pedido, si es aprobado queda pendiente de la asignación del prestador por parte de la coordinación ID-NC-GPM

Generada: El usuario coordinador asigna al prestador. El sistema notifica vía correo electrónico al prestador ID designado.

Prestador ID

La empresa prestadora ID asignada deberá activar la OP en el sistema dentro de las 48 hs hábiles, quedando la misma en estado Activada.

Una vez activada la OP, la empresa prestadora contará con 48 hs. hábiles para comenzar la prestación en el domicilio del afiliado.

Si la OP quedará en estado generada, y si no fuera activada dentro de las 48 hs. hábiles se considerará **vencida**.

“PRÓRROGA”: Si la OP quedará en estado generada, y no fuera activada dentro de las 48 hs. hábiles se considerará en estado vencida; en este caso el prestador ID asignado podrá solicitar una prórroga, la misma será evaluada por la Subgerencia de ID-NC-GPM, si se acepta el sistema envía un nuevo mail al prestador continuando el circuito normalmente. En caso de rechazar la prórroga,

la OP permanecerá en estado vencido y de corresponder se cargará una nueva OP para otro prestador.

El prestador podrá solicitar hasta 3 prórrogas siempre a partir de las 48 hs.

La empresa deberá designar el personal necesario para cumplir la totalidad de prestaciones autorizadas, debiendo comunicarse a los teléfonos consignados en la OP para informar profesional/es, día de inicio de la atención. El día en que se coordinó el inicio de la prestación, el personal asignado por la empresa se presentará en el domicilio de la persona afiliada, debiendo registrar las atenciones a través de la aplicación (APP), estableciéndose como fecha de inicio de vigencia de la OP el día de activación de la misma.

SOLICITUD DE RENOVACIÓN

Una vez finalizado el plazo determinado en la primera OP, se establecerá si la persona afiliada requiere continuar con la prestación de acuerdo a lo determinado en el Procedimiento de Solicitud de Internación Domiciliaria.

La OME será completada por el médico de cabecera o por Director Médico de la empresa que tiene asignado el paciente (con carácter de DDJJ) ya que es el equipo médico de la empresa quien conoce la evolución del paciente (no se recibirá documentación alguna ni pedido de médico externo al sistema PAMI). En caso de contar con planillas físicas (no OME), las mismas deben ser escritas con letra legible, aclarando el estado actual del paciente y su evolución durante la ID. Dichas planillas deberán ser presentadas en sede agencia / UGL para su carga en el sistema.

Para la renovación, se deberá tener en cuenta que el tiempo estimado de duración del tratamiento no puede superar el plazo máximo estipulado por normativa, hasta 6 meses, salvo situaciones excepcionales justificadas médicamente que ameriten una segunda renovación.

Con el objetivo de optimizar los procedimientos y mejorar la eficiencia operativa, se establece que la primera renovación de la internación domiciliaria será gestionada exclusivamente en la Subgerencia ID-NC GPM, en vez de hacerlo las unidades de Gestión Local (UGL)/ Agencias, que corresponda al paciente como hasta el presente.

Esta modificación se realiza con el fin de asegurar un mejor seguimiento y control del proceso, garantizando una mayor eficiencia en la administración de las prestaciones.

No corresponde Renovación

La OME se anula desde la Subgerencia ID-NC. Se deberá justificar en el sistema de OME el motivo de la anulación. Quedando la misma en el estado Anulada.

Corresponde la renovación

Se generará nueva OP desde la Subgerencia ID-NC, para la continuidad del servicio. Se respetará el mismo prestador. Solo se cambiará el prestador en los casos de disconformidad con la prestación recibida.

A partir de esto, la OP será auditada y podrá quedar en 4 estados diferentes:

Rechazada: La OP no es autorizada por el médico auditor, quien deberá justificar el motivo del rechazo en el sistema (ver criterios de inclusión y exclusión).

Pendiente de carga de documentación: El médico auditor de la Subgerencia ID-NC-GPM considera que es necesario ampliar la información sobre el afiliado en cuestión, solicitará la documentación complementaria a través del área correspondiente

Generada: El médico auditor autoriza la prestación.

Prestador ID

La empresa prestadora ID asignada deberá activar la OP en el sistema dentro de las 48 hs hábiles, quedando la misma en estado Activada.

Una vez activada la OP, la empresa prestadora contará con 48 hs. hábiles para comenzar la prestación en el domicilio del afiliado.

Si la OP quedará en estado generada, y no fuera activada dentro de las 48 hs. hábiles se considerará **vencida**.

“PRÓRROGA”: Si la OP quedará en estado vencida, el prestador ID asignado podrá solicitar una prórroga, la misma será evaluada por la Subgerencia de ID-NC-GPM; si se acepta, el sistema envía un nuevo mail al prestador continuando el circuito normalmente. En caso de rechazar la prórroga,

la OP permanecerá en estado vencido y de corresponder se cargará una nueva OP para otro prestador.

El prestador podrá solicitar hasta 3 prórrogas siempre a partir de las 48 hs.

SEGUNDA RENOVACIÓN:

Cumplidos 6 meses el médico de cabecera y/o el Director Médico de la empresa prestadora asignada al paciente, podrá solicitar una segunda renovación de la prestación del servicio de Internación Domiciliaria teniendo en cuenta excepciones justificadas médicamente que ameriten una segunda renovación, observando los mismos criterios de exclusión que para la primera renovación. Los procedimientos subsecuentes de autorización, auditoría o rechazo serán los mismos que en la primera renovación.

INCUMPLIMIENTO DE LAS EMPRESAS DE ID

Las irregularidades y/o desvíos que eventualmente se detecten en las evaluaciones periódicas que realice el Instituto, a través de cualquiera de sus áreas serán debidamente notificadas al prestador para su corrección en tiempo y forma. En caso de detectarse algún incumplimiento por parte de la empresa prestadora, será de aplicación el Régimen de Penalidades vigente en la Resolución No 284/DE/05, 1528/DE/09, y sus modificatorias o complementarias, o las que en el futuro la reemplacen.

RECHAZO DE LA EMPRESA A LA PRESTACIÓN ASIGNADA

Rechazar la admisión de un paciente a una prestación de ID asignada debe hacerse con cuidado y profesionalismo, respetando principios éticos y legales.

La notificación deberá realizarse en las primeras 48 hs para poder asignar otra empresa a la brevedad, evitando que se conforme un perjuicio para el afiliado

AUDITORÍA

Instauración de Auditoría Prestacional para Empresas de Internación Domiciliaria

Con el propósito de garantizar la calidad y efectividad de los servicios de internación domiciliaria, se establece la Auditoría, la cual será gestionada desde la Subgerencia de Internación Domiciliaria. Esta auditoría permitirá un control y monitoreo exhaustivo de la calidad médica de las prestaciones brindadas en el domicilio del afiliado por las empresas de internación domiciliaria.

Objetivos de la Auditoría

Evaluar el Cumplimiento de los Estándares de Calidad:

Asegurar que las empresas de internación domiciliaria cumplan con los protocolos y normativas establecidas por el Instituto.

Verificar que los servicios proporcionados respeten los criterios de calidad y seguridad para los pacientes en sus domicilios. Monitorear la Continuidad y oportunidad de las Prestaciones:

Evaluar la frecuencia y puntualidad en la atención de los pacientes (APP), así como la disponibilidad de recursos y personal.

Supervisar la continuidad de los cuidados y la respuesta a las necesidades específicas de cada paciente.

Gestión de Reclamos y No Conformidades:

Analizar y resolver los reclamos de usuarios y familiares relacionados con la calidad del servicio, gestionando no conformidades y promoviendo la mejora continua.

Implementar mecanismos para recolectar y evaluar la retroalimentación del paciente y la familia, integrando sus observaciones en el proceso de auditoría.

Proceso de Auditoría:

La auditoría prestacional se llevará a cabo mediante una revisión regular de los informes de prestación y la verificación telefónica, en caso de ser necesario. El equipo de auditoría de nivel central se encargará de:

Realizar visitas de inspección y auditorías documentales.

Implementar una revisión exhaustiva de la información proporcionada por las empresas.

Emitir informes de auditoría con recomendaciones y, en caso de detectar incumplimientos, proponer acciones correctivas, por los circuitos con los que cuenta el Instituto.

Resultado Esperado:

Con esta auditoría de calidad, el Instituto busca optimizar la **gestión y supervisión de las empresas de internación domiciliaria** para ofrecer a los pacientes un servicio de calidad, seguro y en cumplimiento con los más altos estándares de atención domiciliaria.

Este modelo permite un monitoreo centralizado, asegurando el cumplimiento de los estándares prestacionales sin delegar la supervisión en unidades descentralizadas.

PROCEDIMIENTO DE CONTINGENCIA

Este procedimiento aplica solo ante la comunicación oficial de la CAÍDA DE LOS SISTEMAS PAMI para el registro de la orden médica electrónica u orden de prestación respectivamente. Ejemplo: hackeo. Informado a través de canales oficiales del instituto.

Ante la ocurrencia de una situación como la antes referida, se realizará una evaluación exhaustiva de la situación, considerando todos los factores involucrados. Esta evaluación se llevará a cabo utilizando los instrumentos y herramientas disponibles para medir el impacto y la gravedad del evento.

Con base en los resultados obtenidos, se definirán las acciones correctivas o preventivas necesarias, de acuerdo con los protocolos establecidos. El equipo responsable tomará las decisiones oportunas para garantizar la continuidad de las operaciones, priorizando siempre la seguridad de los afiliados del Instituto y la eficacia de las medidas implementadas. Se enfatizará la evaluación y las acciones basadas en protocolos preexistentes, sin entrar en detalles operativos que podrían variar según la situación

CONSIDERACIONES ESPECIALES

SUBMÓDULO CUIDADOR DENTRO DEL MENÚ PRESTACIONAL

En el marco del servicio de ID y con el fin de garantizar una correcta gestión de los recursos y la adecuada atención de los afiliados, se establece el siguiente procedimiento para la baja del Servicio de Cuidador Domiciliario.

Con el objetivo de evitar la interrupción abrupta del cuidador domiciliario y proteger la continuidad asistencial del afiliado se establece que el servicio de Cuidador Domiciliario se podrá renovar por hasta el 31 de marzo 2025, venciendo indefectiblemente la última OP el 30 de junio del mismo año. En este periodo se procederá para su asignación, transmisión y proceso retributivo con el modelo IDI. Esta modalidad operará para todas las empresas, adhieran o no al nuevo Modelo ID, es decir, que por ese periodo coexistirán ambos modelos en todos sus efectos (IDI y ID).

Asimismo, se pondrá en conocimiento de la familia del beneficiario su responsabilidad para realizar la tramitación del PADyF (Programa de Apoyo a la Dependencia y Fragilidad) durante el proceso de vigencia de renovación del módulo de cuidador domiciliario. Para asegurar la continuidad del servicio deberán coordinar la tramitación correspondiente dentro de los plazos establecidos en la mencionada renovación por parte de esta Subgerencia ID. El equipo de la Gerencia de Políticas de Cuidado responderá cualquier consulta sobre el proceso o la documentación necesaria a través de sus canales en las UGL's y/o agencias. Cabe aclarar que, si no se regularizara la situación, no se concederán más renovaciones a las antes mencionadas y el servicio de cuidador domiciliario será dado de baja de manera definitiva.

ENFERMERÍA GUARDIAS Y SUBMÓDULOS

Con respecto a los Submódulos 150015 y 150016 (Submódulos de Guardia Semanal de 4 hs y Submódulo de Guardia Semanal de 8 hs) detallados en el Anexo II de la RESOL-2024-2871-INSSJP-DE#INSSJP, se informa que la cobertura de dichos módulos es diaria. De igual forma para con la transmisión de dichas prestaciones.

SUBMÓDULO DE ASISTENTE DOMICILIARIO

La figura del Asistente Domiciliario implica a una persona que asistirá y acompañará al paciente en su domicilio, y serán contempladas exclusivamente si se necesitare, en el módulo B (crónicos), C (Crónicos complejos) de ID y en Cuidados Paliativos.

- **FUNCIONES DEL ASISTENTE DOMICILIARIO**

Apoyo en actividades de la vida diaria (AVD):

Ayudar al paciente en la higiene personal (baño, aseo, vestimenta) respetando su autonomía.

Asistir en la alimentación, asegurando que el paciente siga la dieta recomendada por el equipo médico.

Apoyar en la movilidad y traslados dentro del domicilio para evitar caídas y promover la actividad física indicada por el equipo de salud.

Asistencia en tareas de confort y bienestar:

Ofrecer acompañamiento y apoyo emocional, promoviendo el contacto humano y una relación de confianza.

Recordar y verificar la toma de medicamentos según el plan prescrito por el equipo de salud.

Notificar al equipo de salud o familiares en caso de dudas o irregularidades en la toma de medicamentos.

Observar y reportar cambios en el estado general del paciente, como disminución del apetito, alteraciones en el sueño, signos de dolor o incomodidad.

Comunicar cualquier situación que pueda requerir la intervención de personal sanitario o ajustes en el cuidado.

Facilitar la comunicación entre el paciente, familiares y equipo médico, sirviendo como enlace y transmitiendo las observaciones pertinentes.

Acompañar y ayudar al paciente en el uso de dispositivos de comunicación si es necesario.

Funciones Específicas para Pacientes en Cuidados Paliativos:

Promover la comodidad y aliviar el malestar:

Colaborar en el posicionamiento del paciente para aliviar el dolor y evitar complicaciones como úlceras por presión, siguiendo indicaciones del equipo médico.

Apoyo a la familia

Brindar contención y apoyo emocional a los familiares, especialmente en momentos difíciles.

Orientar a los familiares en el manejo cotidiano del paciente, bajo la guía del equipo médico.

Respeto por los deseos y valores del paciente:

Escuchar y respetar los deseos del paciente en su fase final de vida, proporcionando un entorno de dignidad y respeto.

Fomentar un ambiente sereno y respetuoso, adaptándose a las preferencias del paciente y la familia.

Estas funciones permiten al asistente domiciliario contribuir al bienestar del paciente sin asumir responsabilidades clínicas, trabajando en coordinación con el equipo de salud.

SUBMÓDULO DE INSUMOS

CANTIDADES

En todos los Módulos o Submódulos en los que se referencia a “Insumos” la cantidad de cada uno que deberá proveer la empresa prestadora queda determinada por el requerimiento específico y las necesidades asistenciales de la persona afiliada bajo prestación.

SUBMÓDULO PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA POR HORAS

El menú prestacional del programa de ID cuenta con la posibilidad de solicitar el Submódulo de Enfermería por 4 u 8 horas diarias. Dichas guardias de enfermería se reservarán para personas afiliadas que justifiquen debidamente el requerimiento del Submódulo, debiendo ser explícitamente detallado por profesional solicitante, justificando la prestación de acuerdo a la condición clínica de

la persona afiliada y el beneficio que se espera obtener con este tipo de atención de enfermería especializada.

Los Submódulos de Enfermería por 4 u 8 horas deberán ser autorizados por la Subgerencia ID-NC GPM en todos los casos.

Los submódulos de enfermería por horas podrán combinarse entre sí, de manera de cubrir la totalidad de las horas solicitadas por el profesional tratante, hasta cubrir el máximo posible de 24 horas diarias, en los módulos que correspondieren.

Cabe señalar que no podrán otorgarse prestaciones de enfermería y asistente que superen las 24 horas de asistencia de una persona en el domicilio (por ejemplo: 24 horas de enfermería + 8 horas de asistente).

MEDICAMENTOS

En el caso que el afiliado tenga indicado por el profesional médico de II Nivel o Médico de Cabecera alguno de los medicamentos incluidos en el siguiente listado, los mismos deberán ser provistos por la empresa quien deberá proveer el tratamiento completo indicado, los mismos serán **facturados** al Instituto al valor del manual farmacéutico alfabeto menos el 15%:

- 1) Antibióticos endovenosos: ceftriaxone, ciprofloxacina, trimetoprima-sulfametoxazol
- 2) Ampollas de hioscina, metoclopramida, haloperidol, levomepromazina, dexametasona.

La medicación no incluida en el listado precedente, será provista por el Instituto por los canales habituales.

Se requerirá que la empresa prestadora del servicio presente con posterioridad a la aplicación del/los medicamento/s incluidos en el listado, la orden del médico o médica solicitante (excluyendo médico o médica de empresa prestadora o externo al sistema PAMI), los troqueles de los medicamentos y las planillas de enfermería donde conste la aplicación de la medicación y la conformidad de la persona afiliada / familia / responsable. La presentación de la documentación podrá realizarse mensualmente en las UGL's correspondientes.

La Coordinación Médica de la UGL deberá verificar dicha documentación y convalidar la misma con una nota o providencia firmada por la autoridad competente, la que se debe adjuntar a la orden de prestación.

La UGL deberá emitir la OP por la medicación utilizada, en la que deberá adjuntar toda la documentación presentada por la empresa y la convalidación de la Coordinación Médica. Todas las OP de medicamentos serán autorizadas por la Subgerencia ID-NC-GPM.

INTERRUPCIÓN DE LA PRESTACIÓN

Cuando se interrumpa la prestación (ej. fallecimiento de la persona afiliada, internación en el II nivel con permanencia mayor de 24 horas, cambio de domicilio, entre otras) se producirá el fin de la vigencia de la OP autorizada y se abonarán las prestaciones transmitidas y el proporcional del módulo al prestador. En caso en que la prestación se interrumpe por la internación en II nivel de la persona afiliada por un período mayor a las 24 horas, la empresa puede transmitir el código de suspensión temporal (ID código 230001 y para CP código 150030) de tratamiento y una vez que la persona afiliada reciba el alta sanatorial, la empresa podrá volver a transmitir los códigos de la OP suspendida para continuar con la prestación, siempre y cuando no cambie el estado del paciente y deberá remodelarse.

En caso que la prestación se interrumpe por la internación en II nivel de la persona afiliada dentro de un plazo máximo de 24 hs. de su derivación, con la indicación de continuar con la internación domiciliaria, podrá utilizarse la misma OP, siempre que continúe vigente.

En caso de cambios en el cuadro clínico de la persona afiliada, que justifique una remodulación de la OP, se deberá completar nuevamente la OME y epicrisis completa con el requerimiento que será trabajada por la Subgerencia de ID.

CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

En el caso de producirse el fallecimiento de una persona que se encontraba recibiendo prestaciones de Internación Domiciliaria el médico de cabecera o un profesional médico de la empresa prestadora del servicio deberá confeccionar el Certificado de Defunción.

TRANSICIÓN IDI-ID

En virtud de llevar a cabo una prolija transición aquellos afiliados que ya tenían asignados módulos por el modelo de IDI, continuarán hasta el vencimiento de la OP correspondiente o alta del paciente

lo que ocurriera primero en aquellas OP asignadas antes del inicio de la vigencia de la Resolución N° 2871/2024.

Respecto a las empresas que por distintas razones no adhirieron al nuevo modelo ID, los pacientes asignados a ellas continuarán recibiendo la prestación, procediendo a la transmisión con el habitual proceso retributivo, se continuará la asignación bajo el modelo anterior, hasta el 31 de marzo 2025, fecha en que se realizara la última OP del programa anterior IDI la cual finalizará indefectiblemente el día 30 de junio del mismo año, durante este periodo coexistirán los dos sistemas tanto para la carga, asignación y transmisión de las prestación como para el proceso retributivo. Este proceso continuará excepcionalmente más allá de la entrada en vigencia de la Resolución N° 2871/2024 y de la presente medida, que operará el 09/12/2024.

En el mismo orden, para las empresas que adhieran al nuevo modelo estas recibirán las nuevas OP de acuerdo a normativa de la Resolución N° 2871/2024.



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO I

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 25 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

ANEXO II

MODIFICACIONES AL NOMENCLADOR COMUN DEL INSTITUTO

BAJAS

MODULO		PRACTICA	
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION
150	CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150015	SUBMODULO SEMANAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 4 HORAS
150	CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150016	SUBMODULO SEMANAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 8 HORAS
150	CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150017	SUBMODULO SEMANAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL)

ALTAS

MODULO		PRACTICA	
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150034	SUBMODULO DE PRESTACION DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150035	SUBMODULO DE PRESTACION DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150036	SUBMODULO MENSUAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL)



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO II

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

ANEXO III

CÓDIGOS EXCLUSIVOS PARA LA EMISIÓN DE ÓRDENES DE PRESTACIÓN

MODULO		PRACTICA emisión de OME y OP	
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION
344	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ASISTENTE DOMICILIARIO	344001	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS
		344002	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 12 HS DIARIAS
		344003	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 24 HS DIARIAS
345	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE FONOAUDIOLOGIA	345001	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 1 SESION SEMANAL
		345002	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 2 SESIONES SEMANALES
		345003	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 3 SESIONES SEMANALES
346	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE TERAPIA OCUPACIONAL	346001	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 1 SESION SEMANAL
		346002	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 2 SESIONES SEMANALES
		346003	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 3 SESION SEMANALES
347	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA	347001	SUBMODULO MENSUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA DE 2 SESIONES SEMANALES
348	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE KINESIOLOGIA	348001	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 2 SESIONES SEMANALES
		348002	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 3 SESIONES SEMANALES
		348003	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 5 SESIONES SEMANALES
		348004	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 2 SESIONES SEMANALES
		348005	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 3 SESIONES SEMANALES
		348006	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 5 SESIONES SEMANALES
349	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ENFERMERIA	349001	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 1 PRESTACION DIARIA
		349002	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 2 PRESTACIONES DIARIAS
		349003	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 3 PRESTACIONES DIARIAS
		349004	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 4 HORAS DIARIAS
		349005	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 8 HORAS DIARIAS
		349006	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 12 HORAS DIARIAS
350	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE SUPERVISION MEDICA	350001	MODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR SEMANA
		350002	MODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR MES

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150031	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS
		150032	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS
		150036	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO III

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

ANEXO IV

NUEVO NOMENCLADOR INTERNACION DOMICILIARIA

MODULOS

CODIGO	DESCRIPCION
340	MODULO A DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES AGUDOS
341	MODULO B DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS
342	MODULO C DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS (ALTA COMPLEJIDAD)
343	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ZONA DESFAVORABLE
344	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ASISTENTE DOMICILIARIO
345	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE FONOAUDIOLOGIA
346	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE TERAPIA OCUPACIONAL
347	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA
348	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE KINESIOLOGIA
349	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ENFERMERIA
350	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE SUPERVISION MEDICA
351	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO
352	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE OXIGENOTERAPIA
353	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS QUIRURGICOS
354	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS ADMINISTRACION PARENTERAL / TRATAMIENTO ATB
355	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

PRACTICAS

MODULO		PRACTICA transmisión y pago		VALOR Diciembre 2024	RETRIBUCION
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION		
340	MODULO A DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES AGUDOS	340001	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A1	\$ 190.000,00	Mensual
340	MODULO A DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES AGUDOS	340002	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A2	\$ 390.000,00	
340	MODULO A DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES AGUDOS	340003	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A3	\$ 795.000,00	
341	MODULO B DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS	341200	ID PACIENTES CRONICOS - MODULO MENSUAL	\$ 420.000,00	Mensual
342	MODULO C DE INTERNACION DOMICILIARIA -	342200	ID PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS - MODULO MENSUAL	--	Mensual

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

	PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS (ALTA COMPLEJIDAD)				
343	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ZONA DESFAVORABLE	343001	ADICIONAL MENSUAL A1 - ZONA DESFAVORABLE	\$ 19.000,00	Mensual
343	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ZONA DESFAVORABLE	343002	ADICIONAL MENSUAL A2 - ZONA DESFAVORABLE	\$ 39.000,00	Mensual
343	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ZONA DESFAVORABLE	343003	ADICIONAL MENSUAL A3 - ZONA DESFAVORABLE	\$ 79.500,00	Mensual
343	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ZONA DESFAVORABLE	343004	ADICIONAL MENSUAL CRONICO Y CRONICO COMPLEJO - ZONA DESFAVORABLE	\$ 42.000,00	Mensual
344	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ASISTENTE DOMICILIARIO	344010	ASISTENCIA DOMICILIARIA DIARIA DE 8HS	\$ 35.200,00	Individual
344	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ASISTENTE DOMICILIARIO	344011	ASISTENCIA DOMICILIARIA DIARIA DE 12HS	\$ 52.800,00	Individual
344	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ASISTENTE DOMICILIARIO	344012	ASISTENCIA DOMICILIARIA DIARIA DE 24HS	\$ 105.600,00	Individual
345	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE FONOAUDIOLOGIA	345010	SESION DE FONOAUDIOLOGIA	\$ 15.000,00	Individual
346	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE TERAPIA OCUPACIONAL	346010	SESION DE TERAPIA OCUPACIONAL	\$ 11.000,00	Individual
347	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA	347010	SESION DE ESTIMULACION TEMPRANA	\$ 15.000,00	Individual
348	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE KINESIOLOGIA	348010	SESION DE KINESIOLOGIA MOTORA	\$ 12.708,00	Individual
348	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE KINESIOLOGIA	348011	SESION DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA	\$ 12.708,00	Individual
349	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ENFERMERIA	349010	PRESTACION DE ENFERMERIA	\$ 7.500,00	Individual
349	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ENFERMERIA	349011	PRESTACION DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS	\$ 26.000,00	

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

349	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ENFERMERIA	349012	PRESTACION DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS	\$ 52.000,00	
349	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ENFERMERIA	349013	PRESTACION DE ENFERMERIA DE 12 HORAS DIARIAS	\$ 78.000,00	
350	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE SUPERVISION MEDICA	350010	CONSULTA MEDICA	\$ 28.000,00	Individual
351	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO	351001	PROVISION MENSUAL DE CAMA ORTOPEDICA	\$ 35.000,00	Mensual
351	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO	351002	PROVISION MENSUAL DE COLCHON ANTIESCARA	\$ 20.000,00	
351	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO	351003	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE RUEDAS	\$ 30.000,00	
351	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO	351004	PROVISION MENSUAL DE ANDADOR	\$ 15.000,00	
351	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO	351005	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE TRANSFERENCIA DE BAÑADERA	\$ 18.000,00	
351	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO	351006	PROVISION MENSUAL DE ELEVADOR DE INODORO	\$ 20.000,00	
352	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE OXIGENOTERAPIA	352001	PROVISION MENSUAL DE TUBO T6 M3 CON MANOMETRO Y TUBULADURAS	\$ 65.000,00	Mensual
352	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE OXIGENOTERAPIA	352002	PROVISION MENSUAL DE CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP	\$ 78.000,00	
352	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE OXIGENOTERAPIA	352003	PROVISION MENSUAL DE BPAP (EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VIA AEREA SIN FRECUENCIA DE BACK UP) (MASCARA)	\$ 68.000,00	
353	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS QUIRURGICOS	353001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE QUIRURGICOS	\$ 276.000,00	Mensual
354	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS ADMINISTRACION PARENTERAL / TRATAMIENTO ATB	354001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE ADMINISTRACION PARENTERAL / ATB	\$ 660.000,00	Mensual
355	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE	355001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA	\$ 186.000,00	Mensual

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

	INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA				
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232013	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 500 MG INYECTABLE	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232014	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 1 G INYECTABLE	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232015	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 2 G INYECTABLE	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232022	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CIPROFLOXACINA INYECTABLE	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232028	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA INYECTABLE	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232029	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR INYECTABLE	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232030	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR.+DIPIRONA INYECTABLE	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232034	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: METOCLOPRAMIDA INYECTABLE	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232038	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 5 MG INYECTABLE X 1ML	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232039	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 1ML	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual

232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232040	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 3ML	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232050	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: LEVOMEPRIMAZINA 2.5 MG INYECTABLE	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232056	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 4 MG INYECTABLE X 2ML	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232057	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 8 MG INYECTABLE X 2ML	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
232	INTERNACION DOMICILIARIA - MEDICAMENTOS	232058	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 20 MG INYECTABLE X 5ML	Manual farmacéutico Alfabetización menos el 15%	Individual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150001	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 1	\$ 438.461,50	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150002	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 2	\$ 634.252,51	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150003	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 3	\$ 906.705,32	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150004	SUBMODULO MENSUAL DE SALUD MENTAL	\$ 147.729,64	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150005	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA FISICA PALIATIVA	\$ 120.288,74	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150006	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA I (CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP, TUBULADURAS Y RECARGAS)	\$ 78.000,00	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA -	150007	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA II (BPAP EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VÍA AÉREA CON	\$ 68.000,00	Mensual

	CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS		FRECUENCIA DE BACK UP Y MÁSCARA)		
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150008	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA III (ASPIRADOR MANUAL, CÁNULAS)	\$ 39.000,00	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150009	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE SILLA DE RUEDAS	\$ 30.000,00	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150010	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE CAMA ORTOPEDICA	\$ 35.000,00	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150011	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE COLCHON ANTIESCARAS	\$ 20.000,00	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150012	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE ANDADOR	\$ 15.000,00	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150013	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - INODORO PORTATIL Y/O ELEVADOR DE INODORO	\$ 20.000,00	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150014	SUBMODULO MENSUAL DE PROVISION DE INSUMOS PARA TRAQUEOSTOMIA	\$ 186.000,00	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150034	SUBMODULO DE PRESTACION DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS	\$ 26.000,00	Individual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150035	SUBMODULO DE PRESTACION DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS	\$ 52.000,00	Individual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150036	SUBMODULO MENSUAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL)	\$ 421.010,64	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150022	ADICIONAL MENSUAL D1 ZONA DESFAVORABLE	\$ 43.846,15	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA -	150023	ADICIONAL MENSUAL D2 ZONA DESFAVORABLE	\$ 63.425,25	Mensual

	CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS				
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150024	ADICIONAL MENSUAL D3 ZONA DESFAVORABLE	\$ 90.670,53	Mensual
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150025	SUBMODULO DIARIO DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	\$ 35.200,00	Mensual



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO IV

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

ANEXO V

RELACIÓN ENTRE CÓDIGOS DE EMISIÓN Y TRANSMISIÓN Y CANTIDADES MAXIMAS A AUTORIZAR Y TRANSMITIR

MODULO		PRACTICA emisión de OME y OP		CANTIDAD MAXIMA POR OP	PRACTICA transmisión y pago		CANTIDAD MAXIMA MENSUAL TRANSMITIDA
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION		CODIGO	DESCRIPCION	
340	MODULO A DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES AGUDOS	340001	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A1	3	340001	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A1	1
		340002	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A2	3	340002	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A2	1
		340003	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A3	3	340003	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A3	1
341	MODULO B DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS	341200	ID PACIENTES CRONICOS - MODULO MENSUAL	6	341200	ID PACIENTES CRONICOS - MODULO MENSUAL	1
342	MODULO C DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS (ALTA COMPLEJIDAD)	342200	ID PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS - MODULO MENSUAL	6	342200	ID PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS - MODULO MENSUAL	1
343	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ZONA DESFAVORABLE	343001	ADICIONAL MENSUAL A1 - ZONA DESFAVORABLE	3	343001	ADICIONAL MENSUAL A1 - ZONA DESFAVORABLE	1
		343002	ADICIONAL MENSUAL A2 - ZONA DESFAVORABLE	3	343002	ADICIONAL MENSUAL A2 - ZONA DESFAVORABLE	1
		343003	ADICIONAL MENSUAL A3 - ZONA DESFAVORABLE	3	343003	ADICIONAL MENSUAL A3 - ZONA DESFAVORABLE	1
		343004	ADICIONAL MENSUAL CRONICO Y CRONICO COMPLEJO - ZONA DESFAVORABLE	6	343004	ADICIONAL MENSUAL CRONICO Y CRONICO COMPLEJO - ZONA DESFAVORABLE	1
344	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ASISTENTE DOMICILIARIO	344001	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	6	344010	ASISTENCIA DOMICILIARIA DIARIA DE 8HS	31
		344002	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 12 HS DIARIAS	6	344011	ASISTENCIA DOMICILIARIA DIARIA DE 12HS	31
		344003	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 24 HS DIARIAS	6	344012	ASISTENCIA DOMICILIARIA DIARIA DE 24HS	31
345	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE FONOAUDIOLOGIA	345001	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 1 SESION SEMANAL	6	345010	SESION DE FONOAUDIOLOGIA	4

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

		345002	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 2 SESIONES SEMANALES	6	345010	SESION DE FONOAUDIOLOGIA	8
		345003	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 3 SESIONES SEMANALES	6	345010	SESION DE FONOAUDIOLOGIA	12
346	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE TERAPIA OCUPACIONAL	346001	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 1 SESION SEMANAL	6	346010	SESION DE TERAPIA OCUPACIONAL	4
		346002	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 2 SESIONES SEMANALES	6	346010	SESION DE TERAPIA OCUPACIONAL	8
		346003	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 3 SESIONES SEMANALES	6	346010	SESION DE TERAPIA OCUPACIONAL	12
347	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA	347001	SUBMODULO MENSUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA DE 2 SESIONES SEMANALES	6	347010	SESION DE ESTIMULACION TEMPRANA	8
348	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE KINESIOLOGIA	348001	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 2 SESIONES SEMANALES	6	348010	SESION DE KINESIOLOGIA MOTORA	8
		348002	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 3 SESIONES SEMANALES	6	348010	SESION DE KINESIOLOGIA MOTORA	12
		348003	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 5 SESIONES SEMANALES	6	348010	SESION DE KINESIOLOGIA MOTORA	20
		348004	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 2 SESIONES SEMANALES	6	348011	SESION DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA	8
		348005	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 3 SESIONES SEMANALES	6	348011	SESION DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA	12
		348006	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 5	6	348011	SESION DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA	20

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

			SESIONES SEMANALES				
349	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ENFERMERIA	349001	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 1 PRESTACION DIARIA	6	349010	PRESTACION DE ENFERMERIA	31
		349002	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 2 PRESTACIONES DIARIAS	6	349010	PRESTACION DE ENFERMERIA	62
		349003	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 3 PRESTACIONES DIARIAS	6	349010	PRESTACION DE ENFERMERIA	93
		349004	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 4 HORAS DIARIAS	6	349011	PRESTACION DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS	31
		349005	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 8 HORAS DIARIAS	6	349012	PRESTACION DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS	31
		349006	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 12 HORAS DIARIAS	6	349013	PRESTACION DE ENFERMERIA DE 12 HORAS DIARIAS	31
350	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE SUPERVISION MEDICA	350001	MODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR SEMANA	6	350010	CONSULTA MEDICA	4
		350002	MODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR MES	6	350010	CONSULTA MEDICA	1
351	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO	351001	PROVISION MENSUAL DE CAMA ORTOPEDICA	6	351001	PROVISION MENSUAL DE CAMA ORTOPEDICA	1
		351002	PROVISION MENSUAL DE COLCHON ANTIESCARA	6	351002	PROVISION MENSUAL DE COLCHON ANTIESCARA	1
		351003	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE RUEDAS	6	351003	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE RUEDAS	1
		351004	PROVISION MENSUAL DE ANDADOR	6	351004	PROVISION MENSUAL DE ANDADOR	1
		351005	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE TRANSFERENCIA DE BAÑADERA	6	351005	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE TRANSFERENCIA DE BAÑADERA	1
		351006	PROVISION MENSUAL DE ELEVADOR DE INODORO	6	351006	PROVISION MENSUAL DE ELEVADOR DE INODORO	1
352	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE OXIGENOTERAPIA	352001	PROVISION MENSUAL DE TUBO T6 M3 CON MANOMETRO Y TUBULADURAS	6	352001	PROVISION MENSUAL DE TUBO T6 M3 CON MANOMETRO Y TUBULADURAS	1
		352002	PROVISION MENSUAL DE CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP	6	352002	PROVISION MENSUAL DE CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP	1

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

		352003	PROVISION MENSUAL DE BPAP (EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VIA AEREA SIN FRECUENCIA DE BACK UP) (MASCARA)	6	352003	PROVISION MENSUAL DE BPAP (EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VIA AEREA SIN FRECUENCIA DE BACK UP) (MASCARA)	1
353	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS QUIRURGICOS	353001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE QUIRURGICOS	6	353001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE QUIRURGICOS	1
354	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS ADMINISTRACION PARENTERAL / TRATAMIENTO ATB	354001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE ADMINISTRACION PARENTERAL / ATB	6	354001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE ADMINISTRACION PARENTERAL / ATB	1
355	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA	355001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA	6	355001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA	1
232	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE MEDICAMENTOS	232013	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 500 MG INYECTABLE	--	232013	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 500 MG INYECTABLE	--
		232014	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 1 G INYECTABLE	--	232014	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 1 G INYECTABLE	--
		232015	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 2 G INYECTABLE	--	232015	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 2 G INYECTABLE	--
		232022	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CIPROFLOXACINA INYECTABLE	--	232022	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CIPROFLOXACINA INYECTABLE	--
		232028	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA INYECTABLE	--	232028	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA INYECTABLE	--
		232029	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR INYECTABLE	--	232029	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR INYECTABLE	--
		232030	INTERNACION DOMICILIARIA	--	232030	INTERNACION DOMICILIARIA	--

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

			INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N- BUTILBR.+DIPIRONA INYECTABLE			INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N- BUTILBR.+DIPIRONA INYECTABLE	
		232034	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: METOCLOPRAMIDA INYECTABLE	--	232034	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: METOCLOPRAMIDA INYECTABLE	--
		232038	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 5 MG INYECTABLE X 1ML	--	232038	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 5 MG INYECTABLE X 1ML	--
		232039	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 1ML	--	232039	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 1ML	--
		232040	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 3ML	--	232040	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 3ML	--
		232050	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: LEVOMEPRIMAZINA 2.5 MG INYECTABLE	--	232050	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: LEVOMEPRIMAZINA 2.5 MG INYECTABLE	--
		232056	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 4 MG INYECTABLE X 2ML	--	232056	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 4 MG INYECTABLE X 2ML	--
		232057	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 8 MG INYECTABLE X 2ML	--	232057	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 8 MG INYECTABLE X 2ML	--
		232058	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 20 MG INYECTABLE X 5ML	--	232058	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 20 MG INYECTABLE X 5ML	--
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS	150001	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 1	3	150001	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 1	1
		150002	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS	3	150002	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS	1

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

	DOMICILIARIOS		PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 2			PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 2	
		150003	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 3	3	150003	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 3	1
		150004	SUBMODULO MENSUAL DE SALUD MENTAL	3	150004	SUBMODULO MENSUAL DE SALUD MENTAL	1
		150005	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA FISICA PALIATIVA	3	150005	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA FISICA PALIATIVA	1
		150006	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA I (CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP, TUBULADURAS Y RECARGAS)	3	150006	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA I (CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP, TUBULADURAS Y RECARGAS)	1
		150007	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA II (BPAP EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VÍA AÉREA CON FRECUENCIA DE BACK UP Y MÁSCARA)	3	150007	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA II (BPAP EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VÍA AÉREA CON FRECUENCIA DE BACK UP Y MÁSCARA)	1
		150008	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA III (ASPIRADOR MANUAL, CÁNULAS)	3	150008	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA III (ASPIRADOR MANUAL, CÁNULAS)	1
		150009	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE SILLA DE RUEDAS	3	150009	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE SILLA DE RUEDAS	1
		150010	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE CAMA ORTOPEDICA	3	150010	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE CAMA ORTOPEDICA	1
		150011	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE COLCHON ANTIESCARAS	3	150011	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE COLCHON ANTIESCARAS	1
		150012	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE ANDADOR	3	150012	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE ANDADOR	1
		150013	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - INODORO PORTATIL Y/O ELEVADOR DE INODORO	3	150013	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - INODORO PORTATIL Y/O ELEVADOR DE INODORO	1
		150014	SUBMODULO MENSUAL DE PROVISION DE	3	150014	SUBMODULO MENSUAL DE PROVISION DE	1

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

			INSUMOS PARA TRAQUEOSTOMIA			INSUMOS PARA TRAQUEOSTOMIA	
		150031	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS	3	150034	SUBMODULO DE PRESTACION DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS	31
		150032	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS	3	150035	SUBMODULO DE PRESTACION DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS	31
		150036	SUBMODULO MENSUAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL)	3	150036	SUBMODULO MENSUAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL)	1
		150022	ADICIONAL MENSUAL D1 ZONA DESFAVORABLE	3	150022	ADICIONAL MENSUAL D1 ZONA DESFAVORABLE	1
		150023	ADICIONAL MENSUAL D2 ZONA DESFAVORABLE	3	150023	ADICIONAL MENSUAL D2 ZONA DESFAVORABLE	1
		150024	ADICIONAL MENSUAL D3 ZONA DESFAVORABLE	3	150024	ADICIONAL MENSUAL D3 ZONA DESFAVORABLE	1
		150033	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	3	150025	SUBMODULO DIARIO DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	31



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO V

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

ANEXO VI

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA AUTORIZACIÓN

MODULO		PRACTICA emisión de OME y OP		DOCUMENTACION
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	
340	MODULO A DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES AGUDOS	340001	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A1	RESUMEN HC/EPICRISIS
		340001	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A1	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
		340002	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A2	RESUMEN HC/EPICRISIS
		340002	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A2	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
		340003	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A3	RESUMEN HC/EPICRISIS
		340003	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A3	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
341	MODULO B DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS	341200	ID PACIENTES CRONICOS - MODULO MENSUAL	RESUMEN HC/EPICRISIS
		341200	ID PACIENTES CRONICOS - MODULO MENSUAL	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
342	MODULO C DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS (ALTA COMPLEJIDAD)	342200	ID PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS - MODULO MENSUAL	RESUMEN HC/EPICRISIS
		342200	ID PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS - MODULO MENSUAL	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
343	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ZONA DESFAVORABLE	343001	ADICIONAL MENSUAL A1 - ZONA DESFAVORABLE	NOTA DE LA EMPRESA INFORMANDO SOBRE LA ZONA DESFAVORABLE
		343001	ADICIONAL MENSUAL A1 - ZONA DESFAVORABLE	INFORME GEOGRAFICO ESCRITO, PRESENTADO POR LA UGL
		343002	ADICIONAL MENSUAL A2 - ZONA DESFAVORABLE	NOTA DE LA EMPRESA INFORMANDO SOBRE LA ZONA DESFAVORABLE
		343002	ADICIONAL MENSUAL A2 - ZONA DESFAVORABLE	INFORME GEOGRAFICO ESCRITO, PRESENTADO POR LA UGL
		343003	ADICIONAL MENSUAL A3 - ZONA DESFAVORABLE	NOTA DE LA EMPRESA INFORMANDO SOBRE LA ZONA DESFAVORABLE
		343003	ADICIONAL MENSUAL A3 - ZONA DESFAVORABLE	INFORME GEOGRAFICO ESCRITO, PRESENTADO POR LA UGL
		343004	ADICIONAL MENSUAL CRONICO Y CRONICO COMPLEJO - ZONA DESFAVORABLE	NOTA DE LA EMPRESA INFORMANDO SOBRE LA ZONA DESFAVORABLE
		343004	ADICIONAL MENSUAL CRONICO Y CRONICO COMPLEJO - ZONA DESFAVORABLE	INFORME GEOGRAFICO ESCRITO, PRESENTADO POR LA UGL
344	INTERNACION DOMICILIARIA -	344001	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS

	SUBMODULO DE ASISTENTE DOMICILIARIO	344001	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		344002	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 12 HS DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS
		344002	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 12 HS DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		344003	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 24 HS DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS
		344003	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 24 HS DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
345	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE FONOAUDIOLOGIA	345001	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 1 SESION SEMANAL	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		345001	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 1 SESION SEMANAL	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		345002	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 2 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		345002	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 2 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		345003	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 3 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		345003	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 3 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
346	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE TERAPIA OCUPACIONAL	346001	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 1 SESION SEMANAL	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		346001	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 1 SESION SEMANAL	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		346002	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 2 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		346002	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 2 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL

		346003	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 3 SESION SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		346003	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 3 SESION SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
347	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA	347001	SUBMODULO MENSUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA DE 2 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		347001	SUBMODULO MENSUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA DE 2 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
348	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE KINESIOLOGIA	348001	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 2 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		348001	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 2 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		348002	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 3 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		348002	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 3 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		348003	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 5 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		348003	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 5 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		348004	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 2 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		348004	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 2 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		348005	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 3 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		348005	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 3 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		348006	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 5 SESIONES SEMANALES	RESUMEN HC/EPICRISIS INFORMANDO OBJETIVOS Y PLAZOS
		348006	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 5 SESIONES SEMANALES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

				ACOMPÑA AL MODULO PRINCIPAL
349	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ENFERMERIA	349001	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 1 PRESTACION DIARIA	RESUMEN HC/EPICRISIS
		349001	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 1 PRESTACION DIARIA	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
		349002	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 2 PRESTACIONES DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS
		349002	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 2 PRESTACIONES DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
		349003	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 3 PRESTACIONES DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS
		349003	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 3 PRESTACIONES DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
		349004	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 4 HORAS DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS
		349004	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 4 HORAS DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		349005	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 8 HORAS DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS
		349005	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 8 HORAS DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		349006	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 12 HORAS DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS
		349006	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 12 HORAS DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
350	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE SUPERVISION MEDICA	350001	SUBMODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR SEMANA	RESUMEN HC/EPICRISIS
		350001	SUBMODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR SEMANA	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		35002	SUBMODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR MES	RESUMEN HC/EPICRISIS
		350002	SUBMODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR MES	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
351	INTERNACION DOMICILIARIA -	351001	PROVISION MENSUAL DE CAMA ORTOPEDICA	RESUMEN HC/EPICRISIS

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO	351001	PROVISION MENSUAL DE CAMA ORTOPEDICA	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
	351001	PROVISION MENSUAL DE CAMA ORTOPEDICA	NUMERO DE TRAMITE PARA PROVISION DEFINITIVA POR EL INSTITUTO
	351002	PROVISION MENSUAL DE COLCHON ANTIESCARA	RESUMEN HC/EPICRISIS
	351002	PROVISION MENSUAL DE COLCHON ANTIESCARA	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
	351002	PROVISION MENSUAL DE COLCHON ANTIESCARA	NUMERO DE TRAMITE PARA PROVISION DEFINITIVA POR EL INSTITUTO
	351003	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE RUEDAS	RESUMEN HC/EPICRISIS
	351003	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE RUEDAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
	351003	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE RUEDAS	NUMERO DE TRAMITE PARA PROVISION DEFINITIVA POR EL INSTITUTO
	351004	PROVISION MENSUAL DE ANDADOR	RESUMEN HC/EPICRISIS
	351004	PROVISION MENSUAL DE ANDADOR	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
	351004	PROVISION MENSUAL DE ANDADOR	NUMERO DE TRAMITE PARA PROVISION DEFINITIVA POR EL INSTITUTO
	351005	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE TRANSFERENCIA DE BAÑADERA	RESUMEN HC/EPICRISIS
	351005	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE TRANSFERENCIA DE BAÑADERA	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
	351005	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE TRANSFERENCIA DE BAÑADERA	NUMERO DE TRAMITE PARA PROVISION DEFINITIVA POR EL INSTITUTO
	351006	PROVISION MENSUAL DE ELEVADOR DE INODORO	RESUMEN HC/EPICRISIS
	351006	PROVISION MENSUAL DE ELEVADOR DE INODORO	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
	351006	PROVISION MENSUAL DE ELEVADOR DE INODORO	NUMERO DE TRAMITE PARA PROVISION

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

				DEFINITIVA POR EL INSTITUTO
352	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE OXIGENOTERAPIA	352001	PROVISION MENSUAL DE TUBO T6 M3 CON MANOMETRO Y TUBULADURAS	RESUMEN HC/EPICRISIS
		352001	PROVISION MENSUAL DE TUBO T6 M3 CON MANOMETRO Y TUBULADURAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		352001	PROVISION MENSUAL DE TUBO T6 M3 CON MANOMETRO Y TUBULADURAS	NUMERO DE TRAMITE PARA PROVISION DEFINITIVA POR EL INSTITUTO
		352002	PROVISION MENSUAL DE CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP	RESUMEN HC/EPICRISIS
		352002	PROVISION MENSUAL DE CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		352002	PROVISION MENSUAL DE CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP	NUMERO DE TRAMITE PARA PROVISION DEFINITIVA POR EL INSTITUTO
		352003	PROVISION MENSUAL DE BPAP (EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VIA AEREA SIN FRECUENCIA DE BACK UP) (MASCARA)	RESUMEN HC/EPICRISIS
		352003	PROVISION MENSUAL DE BPAP (EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VIA AEREA SIN FRECUENCIA DE BACK UP) (MASCARA)	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		352003	PROVISION MENSUAL DE BPAP (EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VIA AEREA SIN FRECUENCIA DE BACK UP) (MASCARA)	NUMERO DE TRAMITE PARA PROVISION DEFINITIVA POR EL INSTITUTO
353	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS QUIRURGICOS	353001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE QUIRURGICOS	RESUMEN HC/EPICRISIS
		353001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE QUIRURGICOS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
354	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS ADMINISTRACION PARENTERAL / TRATAMIENTO ATB	354001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE ADMINISTRACION PARENTERAL / ATB	RESUMEN HC/EPICRISIS
		354001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE ADMINISTRACION PARENTERAL / ATB	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
355	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA	355001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA	RESUMEN HC/EPICRISIS
		355001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL

232	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE MEDICAMENTOS	232013	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 500 MG INYECTABLE	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232013	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 500 MG INYECTABLE	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232013	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 500 MG INYECTABLE	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232013	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 500 MG INYECTABLE	ORDEN / RECETA MEDICA
		232014	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 1 G INYECTABLE	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232014	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 1 G INYECTABLE	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232014	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 1 G INYECTABLE	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232014	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 1 G INYECTABLE	ORDEN / RECETA MEDICA
		232015	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 2 G INYECTABLE	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232015	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 2 G INYECTABLE	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232015	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 2 G INYECTABLE	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232015	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 2 G INYECTABLE	ORDEN / RECETA MEDICA
		232022	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CIPROFLOXACINA INYECTABLE	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232022	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CIPROFLOXACINA INYECTABLE	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232022	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CIPROFLOXACINA INYECTABLE	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

		232022	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CIPROFLOXACINA INYECTABLE	ORDEN / RECETA MEDICA
		232028	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA INYECTABLE	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232028	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA INYECTABLE	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232028	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA INYECTABLE	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232028	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA INYECTABLE	ORDEN / RECETA MEDICA
		232029	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR INYECTABLE	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232029	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR INYECTABLE	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232029	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR INYECTABLE	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232029	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR INYECTABLE	ORDEN / RECETA MEDICA
		232030	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR.+DIPIRONA INYECTABLE	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232030	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR.+DIPIRONA INYECTABLE	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232030	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR.+DIPIRONA INYECTABLE	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232030	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR.+DIPIRONA INYECTABLE	ORDEN / RECETA MEDICA
		232034	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: METOCLOPRAMIDA INYECTABLE	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232034	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: METOCLOPRAMIDA INYECTABLE	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232034	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: METOCLOPRAMIDA INYECTABLE	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL

		232034	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: METOCLOPRAMIDA INYECTABLE	ORDEN / RECETA MEDICA
		232038	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 5 MG INYECTABLE X 1ML	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232038	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 5 MG INYECTABLE X 1ML	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232038	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 5 MG INYECTABLE X 1ML	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232038	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 5 MG INYECTABLE X 1ML	ORDEN / RECETA MEDICA
		232039	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 1ML	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232039	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 1ML	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232039	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 1ML	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232039	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 1ML	ORDEN / RECETA MEDICA
		232040	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 3ML	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232040	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 3ML	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232040	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 3ML	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232040	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 3ML	ORDEN / RECETA MEDICA
		232050	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: LEVOMEPRIMAZINA 2.5 MG INYECTABLE	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232050	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: LEVOMEPRIMAZINA 2.5 MG INYECTABLE	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232050	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS:	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

			LEVOMEPROMAZINA 2.5 MG INYECTABLE	
		232050	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: LEVOMEPROMAZINA 2.5 MG INYECTABLE	ORDEN / RECETA MEDICA
		232056	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 4 MG INYECTABLE X 2ML	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232056	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 4 MG INYECTABLE X 2ML	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232056	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 4 MG INYECTABLE X 2ML	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232056	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 4 MG INYECTABLE X 2ML	ORDEN / RECETA MEDICA
		232057	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 8 MG INYECTABLE X 2ML	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232057	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 8 MG INYECTABLE X 2ML	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232057	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 8 MG INYECTABLE X 2ML	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232057	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 8 MG INYECTABLE X 2ML	ORDEN / RECETA MEDICA
		232058	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 20 MG INYECTABLE X 5ML	TROQUELES DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
		232058	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 20 MG INYECTABLE X 5ML	PLANILLA DE ENFERMERIA FIRMADA POR ENFERMERO/A Y POR FAMILIAR / RESPONSABLE
		232058	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 20 MG INYECTABLE X 5ML	NOTA DE CONVALIDACION DE LA COORDINACION MEDICA DE LA UGL
		232058	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 20 MG INYECTABLE X 5ML	ORDEN / RECETA MEDICA
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150001	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 1	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150001	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 1	OME DE SOLICITUD O RENOVACION

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

		150001	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 1	ESTUDIOS ACTUALIZADOS DE LOS ULTIMOS 6 MESES
		150002	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 2	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150002	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 2	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
		150002	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 2	ESTUDIOS ACTUALIZADOS DE LOS ULTIMOS 6 MESES
		150003	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 3	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150003	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 3	OME DE SOLICITUD O RENOVACION
		150003	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 3	ESTUDIOS ACTUALIZADOS DE LOS ULTIMOS 6 MESES
		150004	SUBMODULO MENSUAL DE SALUD MENTAL	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150004	SUBMODULO MENSUAL DE SALUD MENTAL	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150005	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA FISICA PALIATIVA	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150005	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA FISICA PALIATIVA	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150006	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA I (CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP, TUBULADURAS Y RECARGAS)	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150006	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA I (CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP, TUBULADURAS Y RECARGAS)	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150007	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA II (BPAP EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VÍA AÉREA CON FRECUENCIA DE BACK UP Y MÁSCARA)	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150007	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA II (BPAP EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VÍA AÉREA CON FRECUENCIA DE BACK UP Y MÁSCARA)	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL

		150008	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA III (ASPIRADOR MANUAL, CÁNULAS)	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150008	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA III (ASPIRADOR MANUAL, CÁNULAS)	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150009	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE SILLA DE RUEDAS	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150009	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE SILLA DE RUEDAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150010	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE CAMA ORTOPEDICA	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150010	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE CAMA ORTOPEDICA	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150011	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE COLCHON ANTIESCARAS	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150011	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE COLCHON ANTIESCARAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150012	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE ANDADOR	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150012	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE ANDADOR	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150013	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - INODORO PORTATIL Y/O ELEVADOR DE INODORO	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150013	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - INODORO PORTATIL Y/O ELEVADOR DE INODORO	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150014	SUBMODULO MENSUAL DE PROVISION DE INSUMOS PARA TRAQUEOSTOMIA	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150014	SUBMODULO MENSUAL DE PROVISION DE INSUMOS PARA TRAQUEOSTOMIA	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

		150031	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150031	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150032	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150032	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150036	SUBMODULO MENSUAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL)	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150036	SUBMODULO MENSUAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL)	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL
		150022	ADICIONAL MENSUAL D1 ZONA DESFAVORABLE	NOTA DE LA EMPRESA INFORMANDO SOBRE LA ZONA DESFAVORABLE
		150022	ADICIONAL MENSUAL D1 ZONA DESFAVORABLE	INFORME GEOGRAFICO ESCRITO, PRESENTADO POR LA UGL
		150023	ADICIONAL MENSUAL D2 ZONA DESFAVORABLE	NOTA DE LA EMPRESA INFORMANDO SOBRE LA ZONA DESFAVORABLE
		150023	ADICIONAL MENSUAL D2 ZONA DESFAVORABLE	INFORME GEOGRAFICO ESCRITO, PRESENTADO POR LA UGL
		150024	ADICIONAL MENSUAL D3 ZONA DESFAVORABLE	NOTA DE LA EMPRESA INFORMANDO SOBRE LA ZONA DESFAVORABLE
		150024	ADICIONAL MENSUAL D3 ZONA DESFAVORABLE	INFORME GEOGRAFICO ESCRITO, PRESENTADO POR LA UGL
		150033	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	RESUMEN HC/EPICRISIS CON JUSTIFICACION DE PEDIDO, POR MEDICO/A ESPECIALISTA
		150033	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	OME DE SOLICITUD O RENOVACION CON EL SUBMODULO QUE ACOMPAÑA AL MODULO PRINCIPAL



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO VI

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 13 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

ANEXO VII
NIVELES DE AUTORIZACIÓN

MODULO		PRACTICA		NIVEL DE AUTORIZACION
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	
340	MODULO A DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES AGUDOS	340001	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A1	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		340002	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A2	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		340003	ID PACIENTES AGUDOS - MODULO MENSUAL A3	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
341	MODULO B DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS	341200	ID PACIENTES CRONICOS - MODULO MENSUAL	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
342	MODULO C DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS (ALTA COMPLEJIDAD)	342200	ID PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS - MODULO MENSUAL	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
343	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ZONA DESFAVORABLE	343001	ADICIONAL MENSUAL A1 - ZONA DESFAVORABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		343002	ADICIONAL MENSUAL A2 - ZONA DESFAVORABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		343003	ADICIONAL MENSUAL A3 - ZONA DESFAVORABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		343004	ADICIONAL MENSUAL CRONICO Y CRONICO COMPLEJO - ZONA DESFAVORABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
344	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ASISTENTE DOMICILIARIO	344001	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		344002	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 12 HS DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		344003	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 24 HS DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
345	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE FONOAUDIOLOGIA	345001	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 1 SESION SEMANAL	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		345002	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 2 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		345003	SUBMODULO MENSUAL DE FONOAUDIOLOGIA DE 3 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
346	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE TERAPIA OCUPACIONAL	346001	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 1 SESION SEMANAL	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		346002	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 2 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		346003	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL DE 3 SESION SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
347	INTERNACION DOMICILIARIA -	347001	SUBMODULO MENSUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA DE 2 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

	SUBMODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA			
348	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE KINESIOLOGIA	348001	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 2 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		348002	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 3 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		348003	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA MOTORA DE 5 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		348004	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 2 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		348005	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 3 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		348006	SUBMODULO MENSUAL DE KINESIOLOGIA RESPIRATORIA DE 5 SESIONES SEMANALES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
349	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE ENFERMERIA	349001	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 1 PRESTACION DIARIA	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		349002	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 2 PRESTACIONES DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		349003	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE 3 PRESTACIONES DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		349004	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 4 HORAS DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		349005	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 8 HORAS DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		349006	SUBMODULO MENSUAL DE ENFERMERIA DE PRESTACIONES DE 12 HORAS DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
350	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE SUPERVISION MEDICA	350001	MODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR SEMANA	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		350002	MODULO MENSUAL CONSULTA MEDICA 1 VEZ POR MES	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
351	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE EQUIPAMIENTO	351001	PROVISION MENSUAL DE CAMA ORTOPEDICA	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		351002	PROVISION MENSUAL DE COLCHON ANTIESCARA	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		351003	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE RUEDAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		351004	PROVISION MENSUAL DE ANDADOR	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		351005	PROVISION MENSUAL DE SILLA DE TRANSFERENCIA DE BAÑADERA	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		351006	PROVISION MENSUAL DE ELEVADOR DE INODORO	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
352	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE OXIGENOTERAPIA	352001	PROVISION MENSUAL DE TUBO T6 M3 CON MANOMETRO Y TUBULADURAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		352002	PROVISION MENSUAL DE CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

		352003	PROVISION MENSUAL DE BPAP (EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VIA AEREA SIN FRECUENCIA DE BACK UP) (MASCARA)	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
353	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS QUIRURGICOS	353001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE QUIRURGICOS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
354	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS ADMINISTRACION PARENTERAL / TRATAMIENTO ATB	354001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE ADMINISTRACION PARENTERAL / ATB	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
355	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA	355001	PROVISION MENSUAL DE INSUMOS DE TRAQUEOSTOMIA	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
232	INTERNACION DOMICILIARIA - SUBMODULO DE MEDICAMENTOS	232013	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 500 MG INYECTABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232014	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 1 G INYECTABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232015	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CEFTRIAXONA 2 G INYECTABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232022	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: CIPROFLOXACINA INYECTABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232028	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA INYECTABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232029	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR INYECTABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232030	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HIOSCINA,N-BUTILBR.+DIPIRONA INYECTABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232034	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: METOCLOPRAMIDA INYECTABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232038	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 5 MG INYECTABLE X 1ML	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232039	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 1ML	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232040	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: HALOPERIDOL 50 MG INYECTABLE X 3ML	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232050	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS:	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

			LEVOMEPRMAZINA 2.5 MG INYECTABLE	
		232056	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 4 MG INYECTABLE X 2ML	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232057	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 8 MG INYECTABLE X 2ML	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		232058	INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL - MEDICAMENTOS: DEXAMETASONA 20 MG INYECTABLE X 5ML	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	150001	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 1	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150002	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 2	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150003	MODULO MENSUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS D 3	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150004	SUBMODULO MENSUAL DE SALUD MENTAL	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150005	SUBMODULO MENSUAL DE TERAPIA FISICA PALIATIVA	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150006	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA I (CONCENTRADOR DE O2 Y TUBO DE BACK UP, TUBULADURAS Y RECARGAS)	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150007	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA II (BPAP EQUIPO DE DOS PRESIONES EN VÍA AÉREA CON FRECUENCIA DE BACK UP Y MÁSCARA)	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150008	SUBMODULO MENSUAL DE OXIGENOTERAPIA III (ASPIRADOR MANUAL, CÁNULAS)	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150009	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE SILLA DE RUEDAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150010	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE CAMA ORTOPEDICA	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150011	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE COLCHON ANTIESCARAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150012	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - PROVISION DE ANDADOR	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150013	SUBMODULO MENSUAL DE EQUIPAMIENTO - INODORO PORTATIL Y/O ELEVADOR DE INODORO	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150014	SUBMODULO MENSUAL DE PROVISION DE INSUMOS PARA TRAQUEOSTOMIA	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL

		150031	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 4 HORAS DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150032	SUBMODULO MENSUAL DE GUARDIA DE ENFERMERIA DE 8 HORAS DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150036	SUBMODULO MENSUAL DE MEDICAMENTOS (PARENTERAL)	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150022	ADICIONAL MENSUAL D1 ZONA DESFAVORABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150023	ADICIONAL MENSUAL D2 ZONA DESFAVORABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150024	ADICIONAL MENSUAL D3 ZONA DESFAVORABLE	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL
		150033	SUBMODULO MENSUAL DE ASISTENTE DOMICILIARIO 8 HS DIARIAS	SUBGERENCIA DE ID - NIVEL CENTRAL



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO VII

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 5 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Síntomas Actuales (Marque lo que corresponda)

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Dolor | ☐ Astenia | ☐ Delirium-Agitación | ☐ Insomnio | ☐ Náuseas/vómitos |
| ☐ Disnea | ☐ Disfagia | ☐ Ansiedad-Depresión | ☐ Estreñimiento | ☐ Hemorragias |
| ☐ Anorexia-Caquexia | ☐ Somnolencia | ☐ Convulsiones | ☐ Diarrea | |
| ☐ Otros | | | | |
| ☐ SI úlceras o Lesiones | ☐ G1 | ☐ G2 | ☐ G3 | ☐ G4 |

Indicación de curación:

Otras Necesidades (Marque lo que corresponda)

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| ☐ Sonda Nasogástrica | ☐ Botón Gástrico | ☐ Traqueostomía | ☐ Colostomía |
| ☐ Sonda Vesical / Nefrostomía | ☐ Oxígeno Requirente | ☐ Venoclisis / Tratamiento parenteral | |

Resumen de Historia Clínica (legible)

Información relevante para el equipo asistencial

Recursos Solicitados Marque lo que corresponda

Recurso	Frecuencia de Visitas / Elemento (Marcar según necesidad)			
Equipo básico Médica/o Enfermero/a	Módulo D1	Módulo D2	Módulo D3	
	☐ Médica/o Paliativista 1-2 veces/sem Enfermería 1-3 veces/sem	☐ Médica/o 1-3 veces/sem Enfermería 4-7 veces/sem	☐ Médica/o 1-3 veces/sem Enfermería 2-3 veces/día	
Atención Psico Social	☐ Psicología	☐ Psiquiatría	☐ Trabajo social	
Terapia Física	☐ Kinesiología Motora	☐ Kinesiología Respiratoria	☐ Terapia Ocupacional	
Asistente Domiciliario	☐ Permanencia en domicilio 8 hs/día			
Equipamiento	☐ Andador	☐ Silla de ruedas	☐ Cama	☐ Colchón
	IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP			

Recurso	Frecuencia de Visitas / Elemento (Marcar según necesidad)		
Insumos Traqueostomía	☐ Incluye Gasas TQT no tejidas, Filtros de traqueostomía y Cánulas		
Enfermería Guardia	☐ 4 hs.	☐ 8 hs.	Debe justificar el pedido de permanencia de profesional calificado en domicilio en el Resumen de Historia Clínica
Enfermería por sesiones	☐ 2xd	☐ 3xd	Debe justificar el pedido de profesional calificado en domicilio en el Resumen de Historia Clínica
Submódulo Parenteral	☐ Medicamentos e insumos para control sintomático y manejo de Últimos días de Vida		
Oxigenoterapia	☐ Oxigenoterapia / Tubo T6 con manómetro y tubuladuras (2 recargas/mes)		
Oxigenoterapia	☐ Oxigenoterapia / Concentrador de oxígeno + tubo de back up		
Oxigenoterapia	☐ Oxigenoterapia / BPAP		

- La persona y/o su entorno conocen el diagnóstico ☐ SI ☐ NO
- La persona y/o su entorno conocen el pronóstico ☐ SI ☐ NO
- La persona y/o su entorno aceptan ser asistidos en domicilio ☐ SI ☐ NO
- La familia/entorno se compromete al cuidado ☐ SI ☐ NO

Firma del familiar

Fecha

Firma y sello del profesional
IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

Datos de la Persona Afiliada

1. Apellidos: La mujer indicará primero su apellido de soltera

Nombres: UGL/Agencia

2. N° de documento: N° de beneficio:

3. Domicilio de asistencia: Número: Piso: Dpto:

Código Postal: Localidad: Provincia:

4. Teléfonos: Email:

5. Tel/ Email Médico/ Médica Tratante: Matrícula Médica/Médico Tratante:

Datos del Familiar y/o Responsable

Apellidos:

Nombres:

Relación vincular:

Teléfono de contacto: Mail:

Informe médico	Primera vez ☐	En caso de renovación ☐	Fecha de inicio:
Diagnóstico que motiva la prestación de internación domiciliaria			
Historia clínica Especificar antecedentes de enfermedad actual y otros relevantes. Indicar fecha de los eventos patológicos mencionados, estadio de la enfermedad y grado objetivo de severidad, evolución con tratamiento médico y de rehabilitación.			

Marque la opción que corresponda				
☐ Postrado/a en cama	☐ En silla de ruedas	☐ Deambula	☐ Oxígeno dependiente	☐ Traqueostomía
☐ Alimentación con bomba	☐ Gastro/yeyunostomía	☐ Sonda Nasogástrica (SNG)	☐ Sonda vesical	☐ Úlceras, heridas o escaras

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

En Caso de Escaras

Marque la localización correcta	
☐	Grado I: Limitada a las capas superficiales de la piel, se manifiesta a través del enrojecimiento y no está rota la barrera cutánea, se mantiene la integridad de la piel.
☐	Grado II: Afecta a las capas superficiales de la piel y se prolonga a la primera porción del tejido graso subyacente, y se manifiesta con erosiones, ampollas y/ o desgarros superficiales.
☐	Grado III: se extiende más profundamente a través de estructuras superficiales, afecta a la grasa subcutánea, produciendo necrosis del tejido comprometido y alcanza, pero sin llegar a comprometer los músculos.
☐	Grado IV: destrucción de todo el tejido blando desde la piel hacia el hueso, el nivel de ulceración llega a músculo, hueso, articulaciones, cavidades organizadas adyacentes y estructuras de sostén

Módulos Sugeridos (marque la opción que corresponde)

Módulos principales (excluyentes entre sí)		Qué incluye el módulo
☐	A 1	Consulta médica hasta 2 visitas mensuales
		Enfermería hasta 3 practicas por semana
		Insumos generales incluidos
☐	A 2	Consulta médica hasta 2 visitas mensuales
		Enfermería hasta 7 practicas por semana
		Kinesiología Motora y/o respiratoria hasta 8 sesiones mensuales.
		Insumos generales incluidos
☐	A 3	Consulta médica hasta 4 visitas mensuales
		Enfermería 3 practicas por día
		Kinesiología Motora y/o respiratoria hasta 12 sesiones mensuales.
		Insumos generales incluidos

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

Período del Tratamiento

☐ 1 mes
 ☐ 2 meses
 ☐ 3 meses

Submódulos Complementarios

Submódulos Complementarios	Qué incluye el submódulo
Submódulo Insumos traqueotomía	☐ Gasas TQT no tejidas / Filtros de traqueotomía / Cánulas / Aspirador manual de vacío
Submódulo Terapia Ocupacional	☐ 1 sesión por semana
	☐ 2 sesiones por semana
	☐ 3 sesiones por semana
Submódulo Fonoaudiología	☐ 1 sesión por semana
	☐ 2 sesiones por semana
	☐ 3 sesiones por semana
Submódulo Kinesiología Motora/Respiratoria	☐ 2 sesiones por semana
	☐ 3 sesiones por semana
	☐ 5 sesiones por semana
Submódulo Insumos Quirúrgicos	☐ Agua oxigenada / Lidocaína - Apósitos no estériles / Apósitos estériles / Gasas / Apósitos especiales (tipo siliderm o esponjas)
Submódulo Insumos administración parenteral / tratamiento ATB	☐ Guía de suero / Pie de suero / Solución fisiológica o dextrosado / Abbocath / Aguja / Aguja Butterfly / Descartador rígido / Jeringas / Llave de tres vías / Prolongadores / Apósitos transparentes para el cuidado de la piel (tipo Tegaderm) (NO INCLUYE ANTIBIOTICOS)
Submódulo Estimulación temprana (Solo pediátricos)	☐ 2 sesiones por semana

Datos de la Persona Afiliada

1. Apellidos: La mujer indicará primero su apellido de soltera

Nombres: UGL/Agencia

2. N° de documento: N° de beneficio:

3. Domicilio de asistencia: Número: Piso: Dpto:

Código Postal: Localidad: Provincia:

4. Teléfonos: Email:

5. Tel/ Email Médico/ Médica Tratante: Matrícula Médica/Médico Tratante:

Datos del Familiar y/o Responsable

Apellidos:

Nombres:

Relación vincular:

Teléfono de contacto: Mail:

Informe médico	Primera vez ☐	En caso de renovación ☐	Fecha de inicio:
Diagnóstico que motiva la prestación de internación domiciliaria			
Historia clínica Especificar antecedentes de enfermedad actual y otros relevantes. Indicar fecha de los eventos patológicos mencionados, estadio de la enfermedad y grado objetivo de severidad, evolución con tratamiento médico y de rehabilitación.			

Marque la opción que corresponda

☐ Postrado/a en cama	☐ En silla de ruedas	☐ Deambula	☐ Oxígeno dependiente	☐ Traqueostomía
☐ Alimentación con bomba	☐ Gastro/yeyunostomía	☐ Sonda Nasogástrica (SNG)	☐ Sonda vesical	☐ Úlceras, heridas o escaras

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

En Caso de Escaras

Marque la localización correcta	
☐	Grado I: Limitada a las capas superficiales de la piel, se manifiesta a través del enrojecimiento y no está rota la barrera cutánea, se mantiene la integridad de la piel.
☐	Grado II: Afecta a las capas superficiales de la piel y se prolonga a la primera porción del tejido graso subyacente, y se manifiesta con erosiones, ampollas y/ o desgarros superficiales.
☐	Grado III: se extiende más profundamente a través de estructuras superficiales, afecta a la grasa subcutánea, produciendo necrosis del tejido comprometido y alcanza, pero sin llegar a comprometer los músculos.
☐	Grado IV: destrucción de todo el tejido blando desde la piel hacia el hueso, el nivel de ulceración llega a músculo, hueso, articulaciones, cavidades organizadas adyacentes y estructuras de sostén

Módulos Sugeridos

Módulos principales (excluyentes entre sí)	Qué incluye el módulo
☐ Módulo B Pacientes crónicos	Consulta médica hasta 4 visitas mensuales
	Enfermería hasta 7 sesiones por semana
	Kinesiología Motora y/o respiratoria hasta 20 sesiones mensuales.
	Insumos generales incluidos

Submódulos Complementarios

Submódulos Complementarios	Qué incluye el submódulo
Submódulo Insumos administración parenteral / tratamiento ATB	☐ Guía de suero / Pie de suero / Solución fisiológica o dextrosado / Abbocath / Agujas / Aguja Butterfly / Descartador rígido / Jeringas / Llave de tres vías / Prolongadores / Apósitos transparentes para el cuidado de la piel (tipo Tegaderm) (NO INCLUYE ANTIBIOTICOS)
Submódulo Insumos Quirúrgicos	☐ Agua oxigenada / Lidocaína - Apósitos no estériles / Apósitos estériles / Gasas / Apósitos especiales (tipo siliderm o esponjas)

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

Submódulos Complementarios	Qué incluye el submódulo
Submódulo Oxigenoterapia	☐ Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (2 recargas/mes)
	☐ Concentrador de oxígeno + tubo de back up
	☐ BPAP
Submódulo Insumos traqueotomía	☐ Gasas TQT no tejidas / Filtros de traqueotomía / Cánulas / Aspirador manual de vacío
Submódulo Asistente Domiciliario	☐ 8 horas por día
Submódulo Fonoaudiología	☐ 1 Sesión
	☐ 2 Sesiones
	☐ 3 Sesiones
Submódulo Terapia Ocupacional	☐ 1 Sesión
	☐ 2 Sesiones
	☐ 3 Sesiones
Submódulo Estimulación Temprana	☐ 2 Sesiones

Datos de la Persona Afiliada

1. Apellidos: La mujer indicará primero su apellido de soltera

Nombres: UGL/Agencia

2. N° de documento: N° de beneficio:

3. Domicilio de asistencia: Número: Piso: Dpto:

Código Postal: Localidad: Provincia:

4. Teléfonos: Email:

5. Tel/ Email Médico/ Médica Tratante: Matrícula Médica/Médico Tratante:

Datos del Familiar y/o Responsable

Apellidos:

Nombres:

Relación vincular:

Teléfono de contacto: Mail:

Informe médico	Primera vez ☐	En caso de renovación ☐	Fecha de inicio:
Diagnóstico que motiva la prestación de internación domiciliaria			
Historia clínica Especificar antecedentes de enfermedad actual y otros relevantes. Indicar fecha de los eventos patológicos mencionados, estadio de la enfermedad y grado objetivo de severidad, evolución con tratamiento médico y de rehabilitación.			

Marque la opción que corresponda

☐ Postrado/a en cama	☐ En silla de ruedas	☐ Deambula	☐ Oxígeno dependiente	☐ Traqueostomía
☐ Alimentación con bomba	☐ Gastro/yeyunostomía	☐ Sonda Nasogástrica (SNG)	☐ Sonda vesical	☐ Úlceras, heridas o escaras

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

En Caso de Escaras
Marque la localización correcta

- ☐ **Grado I:** Limitada a las capas superficiales de la piel, se manifiesta a través del enrojecimiento y no está rota la barrera cutánea, se mantiene la integridad de la piel.
- ☐ **Grado II:** Afecta a las capas superficiales de la piel y se prolonga a la primera porción del tejido graso subyacente, y se manifiesta con erosiones, ampollas y/ o desgarros superficiales.
- ☐ **Grado III:** se extiende más profundamente a través de estructuras superficiales, afecta a la grasa subcutánea, produciendo necrosis del tejido comprometido y alcanza, pero sin llegar a comprometer los músculos.
- ☐ **Grado IV:** destrucción de todo el tejido blando desde la piel hacia el hueso, el nivel de ulceración llega a músculo, hueso, articulaciones, cavidades organizadas adyacentes y estructuras de sostén

Módulos Sugeridos

Módulo	Servicio	Frecuencia				
		Diaria			Semanal	Mensual
Módulo C Paciente Crónico Complejo	Visita Médica (x1)	No corresponde				
	Visitas diarias	1	2	3	No corresponde	No corresponde
	Enfermería 4 Hs				No corresponde	No corresponde
	Enfermería 8 Hs				No corresponde	No corresponde
	Enfermería 12 Hs				No corresponde	No corresponde
	Estimulación temprana (x2)	No corresponde				No corresponde
	Asistente domiciliario 8 Hs				No corresponde	No corresponde
	Asistente domiciliario 12 Hs				No corresponde	No corresponde
	Asistente domiciliario 24 Hs				No corresponde	No corresponde

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

Módulo	Servicio	Frecuencia				
		Diaria	Semanal			Mensual
Módulo C Paciente Crónico Complejo	Kinesiología respiratoria y/o Motora. Sesiones	No corresponde	2	3	5	No corresponde
	Fonoaudiología Sesiones	No corresponde	1	2	3	No corresponde
	Terapia Ocupacional Sesiones	No corresponde	1	2	3	No corresponde
	Insumos quirúrgicos	No corresponde	No corresponde			
	Oxigenoterapia Tubo T6 con manómetro y tubuladuras (2 recargas/mes)	No corresponde	No corresponde			
	Oxigenoterapia Concentrador de oxígeno + tubo de back up	No corresponde	No corresponde			
	Oxigenoterapia BPAP	No corresponde	No corresponde			
	Insumos Traqueotomía	No corresponde	No corresponde			
	Submódulo Insumos administración parenteral / tratamiento ATB	No corresponde	No corresponde			



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO VIII

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 13 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

**INTERNACIÓN DOMICILIARIA
ACUERDO MÉDICO- FAMILIAR/RESPONSABLE**

Entre el/la Sr/a

DNI _____, en representación de la
persona afiliada _____, N°
BENEFICIO _____, en adelante el/la
"FAMILIAR/REPRESENTANTE"; y el/la médico/a
tratante _____, DNI
_____, en lo sucesivo el/la "MÉDICO/A"
y conjuntamente con el/LA FAMILIAR/
REPRESENTANTE, "LAS PARTES" y considerando:

Que el/la MÉDICO/A ha informado al/la
FAMILIAR/REPRESENTANTE sobre la situación
clínica actual de la persona afiliada y su pronóstico,
cuyo resumen es el siguiente:

Que LAS PARTES plantean la atención médica en el
domicilio, mediante la asignación de módulos de
Internación Domiciliaria.

Que el/la FAMILIAR/REPRESENTANTE ha podido
discutir con el/la MÉDICO/A los riesgos inherentes a
la condición de la persona afiliada y los beneficios
de la atención en domicilio.

Que el/la MÉDICO/A ha informado los objetivos
médicos y/o de rehabilitación de la persona afiliada,
así como los plazos máximos de tratamiento por los
que podrá otorgarse la prestación de Internación
Domiciliaria.

Que el/la FAMILIAR/REPRESENTANTE acepta las
condiciones del Instituto respecto a los plazos de

duración de la prestación, que podrán ser de 1 a 6
meses como máximo para recibir atención de
Internación Domiciliaria, y sus obligaciones en dar
respuesta a las auditorías de calidad prestacional
que se le soliciten.

En atención a lo expuesto, las PARTES acuerdan las
siguientes CLÁUSULAS:

PRIMERA: Las PARTES convienen en las
condiciones clínicas actuales de la persona afiliada la
solicitud de módulos de Internación Domiciliaria,
por un plazo de 1 a 6 meses como máximo, de
acuerdo al criterio clínico y a su evolución.

SEGUNDA: El/la FAMILIAR/REPRESENTANTE se
compromete a cooperar con las indicaciones y
cuidados necesarios para la atención de la persona
afiliada en su domicilio, así como también con el
cumplimiento de dar respuesta a las encuestas de
auditoría que por la prestación recibida se realicen.

TERCERA: Las PARTES establecen la posibilidad de
evaluar el traslado a II nivel de la persona afiliada
junto con la empresa de Internación Domiciliaria
que se asigne de devenirse necesaria atención
médica de mayor complejidad, que no pueda
brindarse en domicilio.

CUARTA: El/la FAMILIAR/REPRESENTANTE declara
conocer los riesgos y potenciales complicaciones
derivados de la condición de la persona afiliada y
brinda por el presente su conformidad y
consentimiento.

En la Ciudad de _____, a los
días del mes de _____ de 202_ se firman dos
ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto.

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

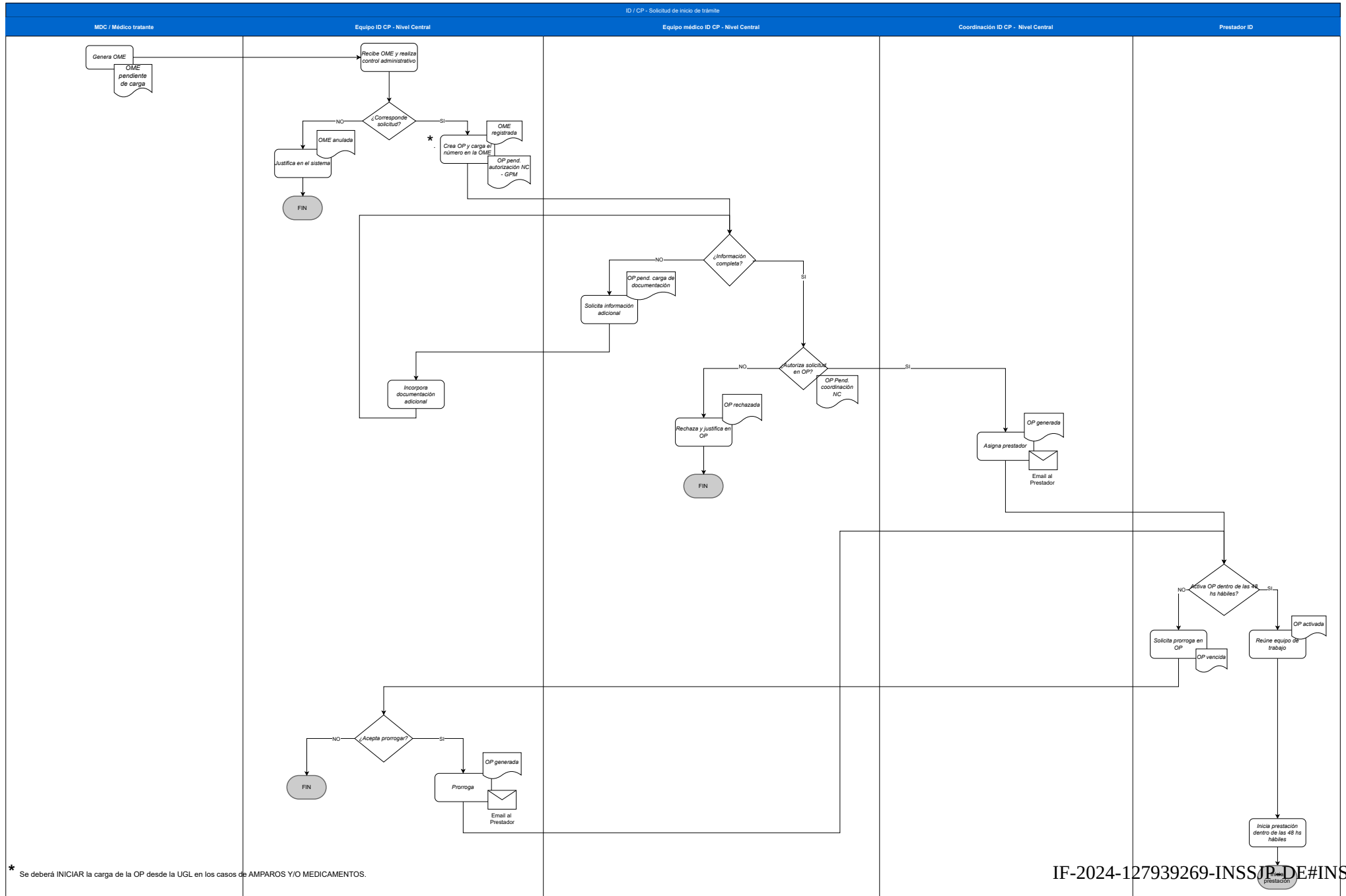
Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

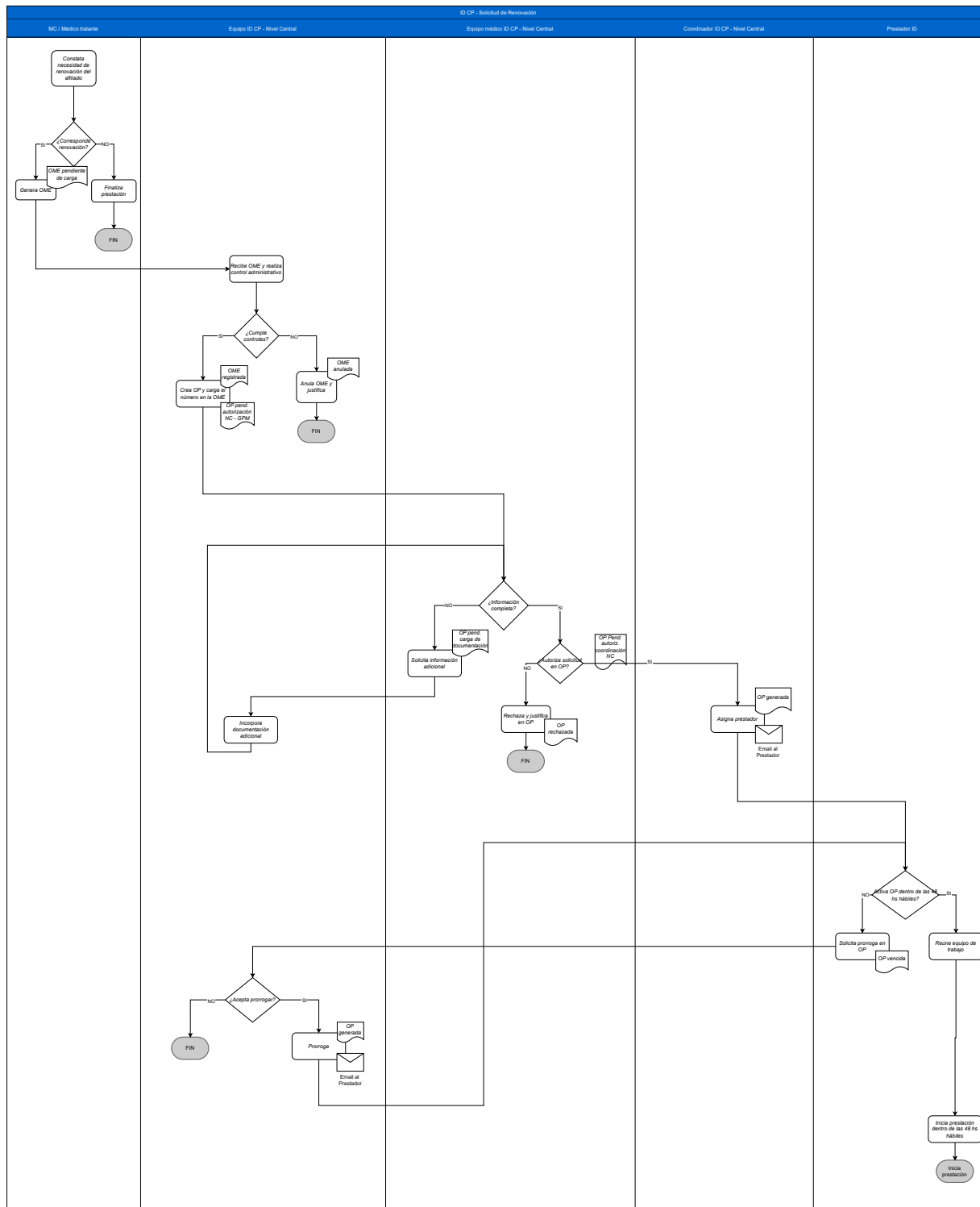
Referencia: Anexo IX

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados



IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP





Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO X

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

ANEXO XI

MODELO DE CONTRATO INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Entre el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS en adelante denominado el INSTITUTO, representado en este acto por _____ (DNI _____), en su carácter de _____, con domicilio en la calle Perú 169, 1º, CABA, por una parte, y por la otra _____ en adelante denominado el PRESTADOR, representado en este acto por _____ (DNI _____), en su carácter de _____, con domicilio constituido en la calle _____, N° _____, Piso/Dpto: _____, C.P. _____, Localidad _____, Provincia _____, y domicilio electrónico constituido en _____, conforme lo acredita mediante la documentación obrante e _____ inscripto bajo el número _____ en el PORTAL DE PRESTADORES Y PROVEEDORES del INSTITUTO, y ambas denominadas “LAS PARTES” o individualmente denominada “LA PARTE”, se celebra el presente contrato sujeto a las cláusulas y condiciones que seguidamente se detallan:

CLÁUSULA PRIMERA: EL PRESTADOR se obliga a prestar los servicios de Internación Domiciliaria, de conformidad al menú prestacional y valores de los módulos que surgen del Anexo A que fueran descriptos en el presente Contrato, en los términos de la Resolución N° RESOL- _____ - INSSJPDE#INSSJP, modificatorias y complementarias, a las personas afiliadas que el INSTITUTO le asigne.

CLÁUSULA SEGUNDA: EL PRESTADOR deberá brindar los servicios de Internación Domiciliaria contratados de acuerdo a la capacidad prestacional declarada y acreditada, debiendo utilizar por parte de todo el personal inscripto en su nómina, la Aplicación de Prestadores para todas aquellas prestaciones para las que se encuentre habilitado su registro, con el fin de obtener información de las visitas en el domicilio de la persona afiliada. El uso de la Aplicación se utilizará como condición para la retribución de las prestaciones para las que se encuentre disponible. La falta de utilización de esta herramienta habilitará a que EL INSTITUTO rescinda el contrato con expresión de causa, sin que dicha circunstancia genere derecho a reclamo o indemnización alguna.

CLÁUSULA TERCERA: EL PRESTADOR deberá brindar los servicios contratados a las personas afiliadas y asignadas por EL INSTITUTO, a través de la emisión de una orden de prestación. A los fines retributivos, la orden de prestación deberá ser activada, transmitida y validada de acuerdo a los procesos vigentes establecidos por el INSTITUTO. La transmisión de la información deberá ser realizada a través de los medios y sistemas informáticos que el INSTITUTO disponga para tal fin.

CLÁUSULA CUARTA: EL PRESTADOR se obliga a la utilización del “CIRCUITO ADMINISTRATIVO DE FACTURACION UNIFICADA” y a cumplir con las normas que al respecto disponga la Administración Federal de Ingresos Públicos o la autoridad que en el futuro la reemplace.

CLÁUSULA QUINTA: LAS PARTES acuerdan el esquema de pago de conformidad con lo estipulado en el Anexo B del presente contrato.

CLÁUSULA SEXTA: El contrato tendrá una vigencia de dos (2) años contados a partir de la firma del presente, con prórroga automática por un (1) año a opción del

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

INSTITUTO, salvo notificación fehaciente en sentido contrario por parte de éste último, con treinta (30) días corridos de antelación.

CLÁUSULA SÉPTIMA: EL PRESTADOR no podrá disminuir la capacidad prestacional que fuera declarada, siendo pasible en su caso de que le apliquen las penalidades contractuales por el Régimen de Penalidades vigente en la Resolución N° 284/DE/05, 1528/DE/09, y sus modificatorias o complementarias, o las que en el futuro la reemplacen, y al que se dicte en consecuencia de la nueva modalidad pactada tal como se indica en la cláusula DÉCIMO PRIMERA.

CLÁUSULA OCTAVA: Los servicios médico-asistenciales que se brindan en función de la presente contratación son de carácter gratuito para las personas beneficiarias del INSTITUTO. En consecuencia, el PRESTADOR estará obligado a exhibir, en lugar visible al público, un cartel o leyenda al efecto.

CLÁUSULA NOVENA: EL PRESTADOR es una persona o ente distinto, independiente y autónomo del INSTITUTO, siendo a su exclusivo cargo todas las obligaciones derivadas de la legislación impositiva, previsional y asistencial aplicables a su profesión o actividad relacionadas con la presente contratación, encontrándose inscripto en la AFIP bajo el CUIT N° _____. Asimismo, continúa asumiendo con exclusividad los riesgos económicos propios del ejercicio de su actividad, haciéndose cargo del personal de que se valga para tal cometido, como así también de los efectores y/o cualquier tercero que contrate o subcontrate para llevar adelante las obligaciones de la presente contratación, manteniendo al INSTITUTO fuera de cualquier reclamo judicial o extrajudicial que pudieren efectuarle por cualquier motivo o circunstancia en relación a la presente. Asimismo, LAS PARTES declaran que no existe entre ellas subordinación jurídica, técnica o económica, ni vínculo laboral alguno. En consecuencia, el PRESTADOR mantendrá indemne al INSTITUTO de los casos de mala praxis médica producidos en la atención de sus beneficiarios, ya sean provocados por el propio prestador o por su personal médico o no médico integrante de su equipo –bajo relación de dependencia, contratado o subcontratado por el PRESTADOR - y/o por sus instalaciones, declarando en este acto que las pólizas de seguro por el contratadas, se encuentran vigentes y fueron emitidas por una aseguradora debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación para funcionar en el territorio de la República Argentina. Si una de LAS PARTES hubiera tomado conocimiento de reclamos de cualquier naturaleza que involucren total o parcialmente a la otra PARTE, deberá comunicárselo dentro de las 48 hs. hábiles. Cada una de LAS PARTES mantendrá indemne a la otra PARTE por los daños causados por lo que están bajo su dependencia o por las cosas de que se sirve o tiene a su cuidado.

CLÁUSULA DÉCIMA: Dentro de los ocho (8) días corridos computables desde la firma del presente, EL PRESTADOR deberá acreditar, a través de la presentación de las pólizas o certificados de cobertura y recibos de pago correspondiente, la contratación de seguros de responsabilidad civil contractual y extracontractual, de mala praxis y contra incendio derivados de la ejecución de las obligaciones materia del presente contrato, por todo el plazo de vigencia del mismo. EL PRESTADOR se compromete a presentar en forma periódica los comprobantes de pago que avalen la vigencia de todas las coberturas. EL INSTITUTO se reserva el derecho de evaluar la solvencia de la Compañía Aseguradora, pudiendo requerir su remplazo en caso de considerarlo conveniente. La póliza que se presente quedará en custodia del INSTITUTO. La falta de presentación de la documentación respectiva dentro del plazo indicado implicará la rescisión automática del presente contrato sin derecho a indemnización alguna. Esta

garantía deberá tener validez durante toda la vigencia del contrato y sus prórrogas hasta la total extinción de las obligaciones asumidas por EL PRESTADOR.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: EL PRESTADOR acepta el Nomenclador Común del INSTITUTO para cada tipo de prestación, la valuación de cada módulo y submódulo establecidos por EL INSTITUTO mediante la Resolución N° 883/DE/17 modificatorias y complementarias, y las que en un futuro se dicten.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: El prestador se obliga, frente al incumplimiento de las obligaciones incluidas en el presente contrato, a regirse en lo que fuera compatible, por el Régimen de Penalidades vigente en la Resolución N° 284/DE/05, 1528/DE/09, y sus modificatorias o complementarias, o las que en el futuro la reemplacen, y al que se dicte en consecuencia de la nueva modalidad pactada por el presente.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: EL PRESTADOR como presupuesto para la contratación con EL INSTITUTO, no podrá tener suscripto convenio o acordadas cláusulas de exclusividad con terceros que le impidan obligarse libremente, en cuyo caso, EL INSTITUTO podrá en forma inmediata rescindir el presente con expresión de causa, sin que dicha circunstancia genere derecho a reclamo o indemnización alguna.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: EL PRESTADOR deberá llevar una Historia Clínica por cada PERSONA BENEFICIARIA, la que deberá estar en forma permanente a disposición del INSTITUTO. En la Historia Clínica deberán constar como datos indispensables la identidad del paciente, número de afiliación, diagnóstico, tratamiento y cualquier otro dato que permita el seguimiento y debido control de las prestaciones otorgadas y/o indicadas a la persona afiliada. En todos los casos deberá estar confeccionada prolija, legible y debidamente rubricada, consignándose la firma y sello del profesional actuante, según la normativa que rige la materia.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: EL PRESTADOR deberá constatar la calidad de persona afiliada del INSTITUTO mediante la presentación de documento de identidad o CPP (Comprobante de Pago Previsional) o carnet o credencial correspondiente. En el supuesto de mayores de setenta (70) años, las personas afiliadas del Convenio Argentino Italiano y cualquier otra persona afiliada que fuese incorporado al INSTITUTO, deberá acreditar su condición mediante el carnet o credencial correspondiente y el documento de identidad. En el caso de las personas cuya jubilación o pensión se encuentren en trámite ante la ANSES, acreditarán su condición de afiliado con el carnet o credencial de afiliación provisoria y el documento de identidad. EL PRESTADOR deberá informar al "INSTITUTO" sobre cualquier anomalía u observación que pudiera merecerle la persona afiliada requirente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: EL INSTITUTO se reserva la facultad de adoptar las sanciones y acciones legales que pudieren corresponder en el caso que EL PRESTADOR cometa falsedad parcial o total de los datos transmitidos, o si se detectasen otros tipos de irregularidades con fundamento en criterios técnicos.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: EL INSTITUTO podrá evaluar periódicamente al PRESTADOR elaborando un informe y señalando los desvíos detectados que serán notificados al PRESTADOR para su corrección en tiempo y forma que EL INSTITUTO determine:

A) Auditoría y Supervisión Médica: EL INSTITUTO se reserva el derecho de auditar, evaluar y supervisar todas las obligaciones asumidas por EL PRESTADOR en el presente contrato, en especial con relación a la calidad de atención, accesibilidad

económica y temporal, proceso resultado, como las vinculadas con la estructura humana, equipamiento y tecnología. A tal fin, EL PRESTADOR deberá garantizar el libre acceso de los profesionales y auditores del INSTITUTO, o de cualquier otro profesional que éste designe.

B) Confección del Acta: Toda auditoría deberá instrumentarse en un Acta pormenorizada en la cual se deberá dejar constancia del objeto de la misma y detalle de las irregularidades que pudieren detectarse, debiendo ser suscripta obligatoriamente por EL PRESTADOR sujeto a la auditoría o el personal que se encuentre a cargo del consultorio o establecimiento y el personal del INSTITUTO. Si de la auditoría realizada por EL INSTITUTO se determina la falsedad de la declaración contenida en la Acreditación, EL INSTITUTO quedará facultado a rescindir el contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: La prestación de los servicios asistenciales por parte del PRESTADOR, en el lapso durante el cual esté obligado por la presente, se considerará servicio de asistencia social de interés público conforme el art. 33 de la Ley 23.661 y Art. 2° de la Ley 25615. Finalizado el plazo de vigencia del presente contrato, EL PRESTADOR deberá continuar prestando los servicios asistenciales hasta tanto se le notifique fehacientemente el nuevo PRESTADOR que designe EL INSTITUTO para brindar dichas prestaciones.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: EL INSTITUTO podrá rescindir el contrato sin expresión de causa, notificándolo en forma fehaciente con una antelación no inferior a treinta (30) días corridos, sin que ello signifique a la otra parte derecho a reclamar indemnización por daños, perjuicios y/o lucro cesante. EL PRESTADOR podrá rescindir el contrato sin expresión de causa, notificándolo de manera fehaciente con una antelación no inferior a los noventa (90) días corridos. Sin perjuicio de haberse notificado la rescisión del contrato, EL PRESTADOR deberá continuar prestando servicios, en igual forma hasta tanto se le notifique el nuevo prestador que designe EL INSTITUTO, conforme los términos de la cláusula precedente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: En caso de que el presente contrato tribute impuesto de sellos, su pago estará a cargo exclusivo de EL PRESTADOR, en la proporción que a él le corresponda, habida cuenta de encontrarse EL INSTITUTO exento de pago del impuesto de sellos, en virtud del artículo 39 de la Ley 23.661 y artículo 13 de la Ley 19.032. En caso de que EL PRESTADOR goce de alguna exención impositiva deberá adjuntar la constancia vigente que así lo acredite.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: EL PRESTADOR no podrá ceder el presente contrato. La cesión realizada en violación a las previsiones contenidas en la presente cláusula facultará al INSTITUTO a dar por rescindido con causa el contrato de pleno derecho.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: En caso de que EL PRESTADOR subcontrate a terceros deberá poner en conocimiento de forma inmediata al INSTITUTO, y tendrá la obligación de constatar y acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos por este para brindar la prestación, de conformidad con lo estipulado en el Anexo C.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TECERA: EL PRESTADOR da conformidad a que EL INSTITUTO pueda tomar en garantía de cumplimiento del presente contrato, las sumas correspondientes a la facturación presentada y/o los importes correspondientes a las prestaciones efectuadas y pendientes de facturación, y a deducir de las mismas los importes de los débitos, penalidades o cualquier otra suma que se genere por incumplimiento de EL PRESTADOR al presente contrato.

IF-2024-127939269-INSSJP-DE#INSSJP

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: En caso de que EL PRESTADOR tenga generadas a su favor Ordenes de Prestación con los códigos 211, 212, 213, 214, 215, 216, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229 y 231 del Nomenclador del Instituto, con fecha anterior al dictado de la Resolución N° RESOL-____-INSSJP-DE#INSSJP, las mismas aneaquedarán vigentes solo a los efectos retributivos de la transmisión y validación de las órdenes de prestación. La vigencia podrá extenderse hasta por dos períodos por motivos de necesidad prestacional. La duración de cada período será equivalente al tiempo estipulado para la prestación. Excepcionalmente, se podrá prever un tercer período de igual duración. En todos los casos la extensión deberá ser autorizada por la Gerencia de Prestaciones Médicas.

CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA: EL PRESTADOR se obliga a continuar brindando la totalidad de las prestaciones de Internación Domiciliaria Integral en los términos de la Resolución RESOL-2020-2379-INSSJP-DE#INSSJP complementarias y modificatorias, que hayan sido autorizadas con anterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución N° RESOL-____-INSSJP-DE#INSSJP, hasta la finalización de la vigencia de cada una de ellas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: EL PRESTADOR se compromete a continuar con la prestación correspondiente al Módulo 227 - Submódulo de cuidador autorizada al momento del dictado de la Resolución N° RESOL-____-INSSJP-DE#INSSJP, en los términos de esta última, hasta que el INSTITUTO determine una nueva modalidad de cobertura, aun cuando la persona afiliada no requiera la autorización de módulos del nuevo modelo de Internación Domiciliaria.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: EL PRESTADOR se obliga a mantener actualizados los datos de su legajo en el PORTAL DE PRESTADORES Y PROVEEDORES DEL INSTITUTO, de conformidad con lo dispuesto en la RESOL-2018-1120-INSSJP-DE#INSSJP, modificatorias y complementarias, o las que en el futuro la reemplacen.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: EL PRESTADOR constituye domicilio en los mencionados en el encabezado del presente manifestando que tanto en dichos domicilios, como a través del Sistema Interactivo de Información (SII), se tendrán como válidas todas las notificaciones que se cursen en ocasión de la ejecución del presente convenio. Por otra parte, se considerará como medio de notificación fehaciente el Boletín del INSTITUTO, prestando en tal sentido expresa conformidad el PRESTADOR. EL PRESTADOR se obliga a notificar por medio fehaciente al INSTITUTO el cambio de domicilio, caso contrario se tendrá por notificado en los domicilios precedentes. EL INSTITUTO posee su domicilio constituido en la calle Perú 169, 1º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde se encuentra la Mesa General de Entradas y Salidas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA: A todos los efectos legales derivados del presente contrato LAS PARTES pactan la jurisdicción y competencia de la Justicia Federal con asiento en la Ciudad _____ con renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponder, constituyendo domicilio en los indicados en el presente, donde serán válidas todas las notificaciones judiciales y extrajudiciales que se practiquen. En prueba de conformidad, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOTA: En caso de que EL PRESTADOR tenga vigente un Acta Acuerdo celebrada en el marco de la Resolución RESOL-2020-2379-INSSJP-DE#INSSJP, deberá incorporarse la siguiente cláusula:

CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA: LAS PARTES acuerdan rescindir de común acuerdo a partir de la entrada en vigencia del presente contrato celebrado, el Acta Acuerdo celebrada el _____, en el marco de la Resolución RESOL-2020-2379-INSSJP-DE#INSSJP, sin que ello otorgue derecho indemnizatorio a favor de ninguno de los contratantes.

La rescisión aquí acordada no implica para EL INSTITUTO la renuncia a las acciones y procedimientos previstos en la normativa vigente, cuyo fin sea aplicar eventuales débitos, multas y penalidades pendientes al PRESTADOR.

EL PRESTADOR tendrá la obligación de continuar brindando la totalidad de las prestaciones previamente autorizadas hasta la finalización de la vigencia de cada una de las órdenes de prestación emitidas, de acuerdo a su modalidad, conforme los términos previstos en la Cláusula VIGÉSIMA CUARTA.

Asimismo, EL INSTITUTO hace expresa reserva de iniciar, en caso de corresponder, las acciones tendientes al recupero de eventuales saldos pendientes a su favor.

Anexo A – DETALLE DE MODULOS OFRECER

CODIGO	DESCRIPCION	Adhiere
340	MODULO A DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES AGUDOS	
341	MODULO B DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS	
342	MODULO C DE INTERNACION DOMICILIARIA - PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS (ALTA COMPLEJIDAD)	
150	MODULO D DE INTERNACION DOMICILIARIA - CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	

Anexo B – ESQUEMA DE PAGO

Las PARTES pactan un esquema de pago mixto, compuesto, por una parte, por un pago modulado y, por otra parte, por un pago por prestación. El esquema de pago Modulado se encontrará sujeto al cumplimiento mínimo de las prestaciones incluidas en los Módulos A - Pacientes Agudos, B - Pacientes Crónicos y D - Cuidados Paliativos, lo cual será verificado tanto por la transmisión de información como por el correcto registro a través de la Aplicación por parte del prestador, para todas aquellas prestaciones para las que dicho registro se encuentre habilitado. El pago por prestación se realizará para las prestaciones efectivamente realizadas e informadas, que correspondan al Módulo C

- Pacientes Crónicos Complejos (alta complejidad) y a los submódulos de cada módulo principal.

En todos los casos, las prestaciones deberán ser transmitidas por EL PRESTADOR y deberá cumplimentar los circuitos de validación dispuestos por EL INSTITUTO. De realizarse prestaciones que no se transmitan a través de los medios estipulados por EL INSTITUTO, no serán abonadas por este, por no cumplimentar los circuitos de validación establecidos.

Anexo C – REQUISITOS DE ACREDITACIÓN

Requisitos para la inscripción de ofertas prestacionales de los prestadores/efectores:

1 - Requisitos generales:

Todos aquellos establecidos en los Anexos II y III de la RESOL-2018-1120-INSSJP-DE#INSSJP, exceptuando los Incisos h) y k) del capítulo I del Anexo III;

2 - Requisitos específicos:

- a) Declaración Jurada para establecimientos de cuidados especiales de asistencia domiciliaria (Anexo VII de la RESOL-2018-1120-INSSJP-DE#INSSJP), para los módulos A, B y C;
- b) Declaración Jurada de integrantes y equipo de cuidados paliativos (Anexo IV de la RESOL-2019-1736-INSSJP-DE#INSSJP), para el módulo D;
- c) Titularidad Sede: Título de propiedad, contrato de locación o documentación respaldatoria de la posesión denunciada sobre la sede social ofrecida para la jurisdicción pertinente (una sede por provincia).



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: RESOL-2024-3274-INSSJP-DE#INSSJP

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 21 de Noviembre de 2024

Referencia: EX-2024-87553901- -INSSJP-GPM#INSSJP - ANEXO XI

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.

Esteban Ernesto Leguizamo
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados