G O B I E R N O DE LA P R O V I N C I A DE B U E N O S A I R E S
2020 - Año del Bicentenario de la Provincia de Buenos Aires

Resolución

Número: RESO-2020-936-GDEBA-IOMA

LA PLATA, BUENOS AIRES
Jueves 27 de Febrero de 2020

Referencia: EX-2020-02072540-GDEBA-DGIIOMA . IOMA-AME

VISTO el Expediente **EX-2020-02072540-GDEBA-DGIIOMA**, se gestiona la celebración de convenio prestacional con la Agremiación Medica de Ensenada, con vigencia a partir del día 13 de diciembre de 2019, la Ley del IOMA Nº 6982 (T.O. 1987), y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones se gestiona la celebración de convenio prestacional con la Agremiación Medica de Ensenada, con vigencia a partir del día 13 de diciembre de 2019 fecha en que asumiera la nueva autoridad del Instituto Doctor Homero Giles, con miras a garantizar la continuidad en la atención médica integral en los niveles ambulatorios e internación a los beneficiarios de ese IOMA;

Que del texto bajo análisis se desprende que las partes establecen como principio rector el sistema de libre elección del prestador por el beneficiario, comprometiéndose la Agremiación Medica de Ensenada a garantizar una oferta prestacional acorde a las necesidades del IOMA y a las categorías determinadas en el Anexo 1 (cláusula cuarta), como a facilitar y garantizar la accesibilidad de los beneficiarios a las prestaciones en todo el ámbito territorial de aplicación del presente convenio (cláusula quinta);

Que la Dirección General de Prestaciones da cuenta de los antecedentes que motivaron la denuncia del acuerdo oportunamente suscripto con fecha 11 de enero de 2017 y del objeto del que ocupa estos obrados el cual se impulsa para brindar una solución inmediata a la discontinuidad de la atención médico de los afiliados por parte de la Agremiación Medica de Ensenada hasta la concertación de un nuevo convenio prestacional;

Que en ese marco, la Dirección General de Administración manifiesta que ha tomado conocimiento de las gestiones que se impulsan y propicia para la celebración del nuevo Convenio con la Agremiación Médica de Ensenada (AME) para el período enero-junio 2020, el que no generaría mayor gasto prestacional en razón de que los valores de las prácticas que se contemplan en el período mencionado resultan ser los mismos que los que se hallaban en vigencia , indicando además que el gasto que ocasiona la prórroga en cuestión será impulsado con cargo al ejercicio 2020, partida presupuestaria 3-4-8 (v. orden 9);

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas argumenta que mediante RESOL 2019-2372 GDEBA-IOMA se resolvió denunciar el Convenio oportunamente vigente con la Agremiación Médica de Ensenada celebrado en fecha 11 de enero de 2017, conforme aplicación de lo establecido en su cláusula vigésimo primera; todo ello en el marco de la autorización emanada del Directorio del IOMA plasmada en la RESOL- 2019- 2232 GDEBA-IOMA;

Que, a su vez, sugiere que el proyecto de convenio que se impulsa, posea idénticos términos que el suscripto con fecha 11 de enero de 2017 denunciado conforme los términos consignados en los artículos 1° y 2° de la RESOL- 2019- 2372 –GDEBA- IOMA y con una vigencia de seis meses prorrogable por igual período, con el objeto de propiciar durante dicho lapso la suscripción de un nuevo acuerdo prestacional que recepte los lineamientos que eventualmente se convenga entre las partes;

Que en el orden 25, la Asesoría General de Gobierno no tiene observaciones de índole jurídica que formular, razón por la cual es de opinión que el Directorio del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA) -de considerarlo oportuno y conveniente- podrá autorizar al Presidente a suscribir el convenio y posteriormente dictar el acto aprobatorio. Observa que, en forma previa a la suscripción del convenio, deberán agregarse a las presentes actuaciones el instrumento que acredite la representación de la entidad denominada Agremiación Médica de Ensenada, como así también el acto que autorice al representante de dicha entidad para suscribir el convenio y que refleje la decisión de celebrar el convenio conforme a su Estatuto. Asimismo, consigna que en atención a la fecha de vigencia del convenio, el órgano competente del Instituto deberá certificar y agregar a las presentes actuaciones la constancia del inicio del cumplimiento del objeto del convenio en cuestión;

Que la Dirección General de Contrataciones de la Contaduría General de la Provincia toma intervención de su competencia manifestando que "… analizado lo actuado y visto que los valores a incorporar en el Convenio traído a consideración (orden 2 y 4) son los aprobados por RESOL-2019-2054-GDEBA-IOMA, esta Dirección no encuentra observaciones que formular en materia de su competencia…";

Que en el orden 28, la Contaduría General de la Provincia opina que puede continuarse, con el trámite tendiente a obtener el dictado del acto administrativo que apruebe el convenio traído a estudio, previa resolución positiva por parte del Honorable Directorio de ese Instituto y suscripción del instrumento subexámine;

Que la Fiscalía de Estado en el orden 29 toma vista de ley propiciando la prosecución de la gestión que se propicia en idénticos términos que los organismos preopinantes;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas no tiene objeciones que formular desde el punto de vista jurídico, entiende esta instancia procedente elevar por su intermedio las actuaciones a tratamiento y decisión final por parte del Directorio, destacando que deberá receptarse la observación formulada por la Asesoría General de Gobierno en cuanto a proceder a agregar la documentación que legitime la representación invocada por quien suscriba el instrumento como la que refleje la decisión de celebrar el convenio por parte de la Agremiación Médica de Ensenada. Del mismo modo, corresponde realizar la modificación en cuanto a la redacción de la Cláusula Decimoprimera (por la siguiente "…En todos los casos todos los valores, aranceles y valor de práctica serán los vigentes al 31 de diciembre de 2019 conforme RESOL-2019-644-GDEBA-IOMA, lo indicado por la Dirección General de Prestaciones y el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas aprobado por Resolución N° 2320/2017 del 6 de Julio de 2017"). Con lo expuesto, se remiten las presentes actuaciones para el pertinente tratamiento del Directorio;

Que el Departamento de Coordinación del Honorable Directorio deja constancia que el Directorio, en su reunión de fecha 19 de febrero de 2020, según consta en Acta N° 7, RESOLVIÓ por unanimidad: aprobar el convenio prestacional, y sus anexos, entre el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) y la Agremiación Médica de Ensenada (AME), por el término de seis (6) meses, con entrada en vigencia a partir del día 13 de diciembre de 2019, autorizando al Señor Presidente a la suscripción del referido Convenio que, como anexo, formará parte del acto administrativo a dictarse;

Que en el orden 40 se agrega acta de asamblea, acta de comisión directiva y estatuto social aportada por la Agremiación Médica de Ensenada (AME);

Que en el orden 41 obra vinculado convenio debidamente suscripto por las partes con fecha 21 de febrero de 2020 (CONVE-2020-04101677-GDEBA-IOMA);

Que el Directorio resolvió la presente medida en uso de sus facultades conferidas en la Ley Nº 6982 (T.O. 1987);

Por ello,

El DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL

DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

RESUELVE

ARTICULO 1º. Aprobar el convenio prestacional, y sus anexos, entre el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) y la Agremiación Médica de Ensenada (AME), por el término de seis (6) meses, con entrada en vigencia a partir del día 13 de diciembre de 2019 que como Anexo (CONVE-2020-04101677-GDEBA-IOMA) forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°. Registrar. Notificar a la Fiscalía de Estado y a la Agremiación Médica de Ensenada (AME). Comunicar a la Asesoría General de Gobierno, a la Contaduría General de la Provincia, a la Dirección General de Prestaciones y a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

Es Copia Fiel
Sector Digesto
D.G.I. - I.O.M.A.

Firmado digitalmente por DIGESTO
Nombre de reconocimiento (DN): cn=DIGESTO, o=IOMA, ou=GESTION INSTITUCIONAL, email=digesto@ioma.gba.gov.ar, c=AR
Fecha: 2020.03.05 11:07:52 -03'00'

Homero Federico Giles
Presidente
Instituto de Obra Médico Asistencial

Es Copia Fiel
Sector Digesto
D.G.I. - I.O.M.A.

Firmado digitalmente por DIGESTO
Nombre de reconocimiento (DN): cn=DIGESTO, o=IOMA, ou=GESTION INSTITUCIONAL, email=digesto@ioma.gba.gov.ar, c=AR
Fecha: 2020.03.05 11:08:38 -03'00'

CONVENIO IOMA - AME

Entre el **INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOSA AIRES (I.O.M.A.)**, con domicilio en calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata, representada por su Presidente Dr. Homero Federico GILES, por una parte, en adelante "el IOMA" y por la otra la **AGREMIACION MEDICA DE ENSENADA (A.M.E.)** con domicilio en Perú 348 de la ciudad de Ensenada, representada por su Presidenta Dra. María Silvia FERNÁNDEZ, DNI N° 10.608.658 en adelante "la AME", acuerdan en celebrar el presente convenio, sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones:

CLÁUSULA PRIMERA. Personería: La AME suscribe el presente convenio, de conformidad a sus previsiones estatutarias, en representación exclusiva de los médicos agremiados consignados en el padrón que en formato digital integra el Anexo 9.

CLÁUSULA SEGUNDA. Declaración Jurada: Los profesionales médicos agremiados a la AME, conforme lo establecido en la cláusula anterior, deberán suscribir la declaración jurada que se agrega como Anexo 8 de este convenio y presentarla dentro del plazo de sesenta (60) días desde la suscripción del presente.

CLÁUSULA TERCERA. Objeto: La AME se compromete a brindar atención médica integral en los niveles ambulatorio e internación a favor de los afiliados del IOMA que acrediten su condición de tales en la forma establecida en la cláusula sexta, de acuerdo a las prestaciones tipificadas en los ANEXOS 1, 2, 3, 4 y 5 que integran el presente, y conforme a las normas y procedimientos que en ellos se establecen, observando fielmente las reglas de la ciencia, el arte y la deontología médica.

Dichas prestaciones se realizarán por los médicos y equipos de trabajo médico incluidos en los listados provistos por la AME, nómina que deberá presentar en el plazo de sesenta (60) días al IOMA y actualizar y remitir mensualmente en formato digital (Anexo 9). Únicamente los profesionales incluidos en dicho listado quedarán habilitados para prescribir medicamentos y prácticas y/o emitir órdenes de internación a ser cubiertas por el IOMA.

El IOMA podrá rechazar con justa causa la incorporación de uno o más prestadores propuestos dentro del plazo de sesenta (60) días, vencido el cual, sin que se haya expedido al respecto, la nómina se tendrá por aceptada, resultando el alta de aquellos.

Será obligación de la AME el debido contralor del cumplimiento del presente convenio por parte de los médicos prestadores.
El IOMA se reserva el derecho de rescindir parcialmente este convenio mediante la exclusión con justa causa de profesionales, sin derecho a indemnización. Previamente el IOMA notificará su voluntad resolutoria en forma fehaciente a la AME, la que en un plazo máximo de tres (3) días hábiles administrativos podrá oponer observaciones fundadas, que serán consideradas por el IOMA.

CLÁUSULA CUARTA. Principio de libre elección: Ambas partes acuerdan respetar el principio de libre elección del prestador por parte del beneficiario, a cuyo efecto el IOMA se obliga a difundir el derecho de cada afiliado a la libre elección del médico adherido dado de alta y la AME se compromete a hacer respetar por dichos médicos la obligación de atender a los afiliados del IOMA que acrediten su condición de tales, conforme se establece en la cláusula sexta.
El derecho a la libre elección rige también para toda instancia de derivación entre prestadores contratados.
La AME se obliga a garantizar una oferta prestacional acorde a las necesidades del IOMA y a las categorías determinadas en el Anexo 1.

CLÁUSULA QUINTA. Accesibilidad al sistema: La AME se compromete a establecer mecanismos administrativos que faciliten y garanticen la accesibilidad de los beneficiarios a las prestaciones en todo el ámbito territorial de aplicación del presente convenio. Todo cambio en este sentido deberá ser previamente acordado con el IOMA como requisito ineludible para su aplicación.

CLÁUSULA SEXTA. Beneficiarios: A fin de brindar las prestaciones convenidas, los médicos prestadores deberán constatar en forma previa la condición de afiliados del IOMA, aun cuando no se encuentren incluidos en el padrón, a cuyo fin deberán requerir la exhibición del documento de identidad y la credencial actualizada o constancia de pago de afiliación voluntaria, según corresponda. Los beneficiarios de convenios de reciprocidad deberán presentar documento de identidad y credencial actualizada o carta de autorización provisoria, según corresponda. El IOMA podrá modificar en cualquier tiempo dichos requerimientos previa notificación fehaciente a la AME.
En el supuesto de no contar el beneficiario con la documentación consignada, podrá el médico cobrar la prestación al paciente, extendiendo el recibo pertinente, debiendo reintegrarle al mismo el monto percibido si completara la documentación en el término

de tres (3) días hábiles, contados a partir de que la prestación fue brindada, siempre que se presente el recibo original correspondiente.

CLÁUSULA SÉPTIMA. Observancia normativa: La AME y por su medio los profesionales se comprometen a cumplimentar las obligaciones a su cargo de acuerdo a la Ley Nº 6982 (T.O. 1987) y su Decreto Reglamentario Nº 7881/84, que declaran conocer, y asimismo se obligan a respetar y dar cumplimiento a los Programas de atención médica que el IOMA prevé para sus afiliados (Anexo 4) y los que prevea en el futuro.

Del mismo modo, se comprometen a prescribir medicamentos por nombre genérico en el marco del Programa de Uso Racional de Medicamentos del IOMA, de acuerdo a las normas que en este acto declaran conocer. En todos los casos, los Programas referidos deberán consensuarse previamente en todas sus partes operativas con la AME quien deberá remitir, por medio digital en el formato que IOMA determine, mensualmente información estadística y afiliados empadronados bajo los programas.

CLÁUSULA OCTAVA. Contraprestación. Pago por prestación: Como contraprestación de los servicios médicos que se obligan a brindar los profesionales, se establece un sistema de pago por prestación mediante el cual el IOMA abonará las consultas y prácticas a los valores que se detallan en los anexos que integran el presente.

La AME abonará los honorarios profesionales de la facturación presentada y no observada o rechazada por la auditoria del IOMA, en un plazo de hasta cinco (5) días desde que el IOMA la cancele totalmente, de acuerdo a las categorías y aranceles que se consignan en el Anexo 1.

Para que esto pueda ser cumplido, el IOMA se obliga a entregar con no menos de tres (3) días de anticipación a la fecha de pago, la liquidación efectuada por el mismo con el detalle de los débitos pertinentes.

El IOMA tendrá igual plazo para la entrega de la documentación avalatoria y soporte digital de los débitos realizados.

El IOMA no queda obligado ante cualquier tipo de cargas previsionales y/o fiscales que les correspondan a los médicos y/o a la AME como agente de retención.

CLÁUSULA NOVENA. Facturación: La AME presentará la facturación correspondiente a la totalidad de las prestaciones brindadas, en la forma, lugar y tiempo establecidos en el Anexo 5.

En el mismo plazo y en forma discriminada, deberá presentar la factura correspondiente al gasto de administración.

El IOMA tendrá un plazo de sesenta (60) días, contado desde la presentación de la facturación, para realizar las auditorías correspondientes a la misma. Los débitos que resulten de dicho proceso serán descontados de la facturación inmediata siguiente que se abone.

Cuando se tratase de débitos generados por documentación presentada por otras entidades u otras vías de ingreso de documentación, el plazo para realizar las auditorías correspondientes a la misma será de ciento cincuenta (150) días.

CLÁUSULA DÉCIMA. Pago: La facturación presentada por la AME de acuerdo al Anexo 5, será abonada por el IOMA en su totalidad dentro del plazo de treinta (30) días corridos, contados a partir de su presentación.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA. Categorías profesionales: Se establecen cuatro categorías de profesionales: CATEGORIA A, CATEGORIA B, CATEGORIA C y CATEGORIA LIBRE.

- CATEGORIA A: son los profesionales que percibirán solamente el arancel básico;
- CATEGORIA B: percibirán el arancel básico más el 40%;
- CATEGORIA C: percibirán el arancel básico más el 80%;
- CATEGORIA LIBRE: pactado entre el médico y paciente, debiendo otorgar recibo en legal forma donde conste nombre y número de credencial del beneficiario.

La AME se compromete a que los profesionales exhiban visiblemente en su lugar de prestación la constancia de su especialidad y la categoría a la que corresponden. Asimismo la AME se compromete a que en todas las especialidades coexistan las categorías en los porcentajes siguientes:

- CATEGORIA A: no menos de 40% del padrón de médicos;
- CATEGORIA B: no menos del 40% del padrón de médicos;
- CATEGORIA C: no más del 20% del padrón de médicos;
- CATEGORIA LIBRE: no más del 3% del padrón de médicos.

En todos los casos todos los valores, aranceles y valor de práctica serán los vigentes al 31 de diciembre de 2019 conforme RESOL-2019-644-GDEBA-IOMA, lo indicado por la Dirección General de Prestaciones y el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas aprobado por Resolución N° 2320/2017 del 6 de Julio de 2017.

CLAUSULA DÉCIMO SEGUNDA. Gasto de administración: El IOMA abonará a la AME por la administración del presente convenio una suma equivalente al 1 % del valor de la facturación prevista en la cláusula novena, quedando exceptuados los Códigos 88 pesados y las refacturaciones.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA. Reempadronamiento y cobro indebido: La AME llevará a cabo un reempadronamiento obligatorio, y los profesionales deberán completar las planillas de adhesión previstas en el Anexo 8, donde declaran conocer las sanciones por incumplimiento.

Los profesionales médicos no podrán percibir valor alguno en forma directa de los beneficiarios, excepto la categoría libre, los copagos, prácticas no convenidas ni nomencladas y el caso expresamente previsto en la cláusula sexta.

Ante la concurrencia de 2 o más denuncias por cobro indebido contra un mismo prestador, el IOMA iniciará el sumario abreviado pertinente. Notificará de ello a la AME, la que en un plazo máximo de tres (3) días hábiles administrativos podrá oponer observaciones fundadas, que serán tenidas en consideración.

Vencido dicho plazo el IOMA podrá proceder a la inmediata suspensión temporal preventiva de los profesionales denunciados sin derecho a indemnización alguna, hasta tanto finalice la investigación sumaria, que no podrá extenderse más allá de los treinta (30) días corridos, u opte por hacer uso de la facultad rescisoria establecida en la cláusula vigésimo primera.

En caso de acreditar el IOMA la violación de la presente cláusula serán de aplicación las sanciones previstas en la Ley 6982 y su Decreto Reglamentario.

Asimismo, el IOMA debitará de la facturación el importe que se hubiera cobrado de forma indebida para su reintegro al beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA. Sistema de clearing: La AME cumplirá el reglamento multilateral de clearing de prestaciones con sus análogos de la Provincia de Buenos Aires, incorporado al presente convenio como Anexo 7, con las siguientes excepciones: el IOMA abonará a la AME la facturación generada por afiliados que pertenecen al padrón de otras entidades que tienen convenio con IOMA. Dicha facturación será presentada a la entidad que corresponda en fotocopia a fin de ser auditada por la misma. La copia debidamente sellada donde conste la fecha de presentación se adjuntará a la facturación original que presentará la AME en la Dirección de Finanzas del IOMA.

La entidad que recibió la documentación y la copia de la factura tendrá un plazo de treinta (30) días corridos para objetar y aplicar los débitos que considere, informando

al IOMA (Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria) los mismos con la causal de origen de cada uno. Superado dicho plazo y no habiéndose presentado observaciones o débitos por parte de las entidades, el IOMA pagará a la AME el importe facturado en forma completa, y debitará a las entidades el importe correspondiente a la facturación generada por la atención de sus afiliados, no habiendo posibilidad de reclamos posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA. Auditoría del IOMA: Para el debido contralor de la ejecución del presente convenio, el IOMA podrá solicitar a la AME y/o a los profesionales médicos la información que resulte pertinente, realizar las auditorías, inspecciones o pericias con personal propio o contratado con miras a comprobar la efectiva prestación de los servicios contratados, la eficiencia de los mismos y el cumplimiento de las normas legales y/o reglamentarias que resulten de aplicación, siendo obligación de aquellos brindar lo requerido en tanto no se oponga con norma vigente alguna, así como colaborar en la función de contralor del IOMA.
A tal fin, el inspector o funcionario labrará el acta respectiva. La AME y/o los médicos prestadores podrán dejar constancia en dicha acta de cuanto quieran expresar y/o hacer constar al respecto.
Los profesionales deberán llevar obligatoriamente y por beneficiario una Historia Clínica o Ficha Clínica Individual que contenga los datos consignados en el Anexo 3.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA. Auditoria de la AME: La AME podrá auditar las prestaciones médicas ambulatorias y en internación que surjan de la atención de un beneficiario del IOMA.
Para monitorear el sistema se tomarán como base estándares de utilización de servicios, indicadores de rendimiento y promedio de días de estadía habituales en la Seguridad Social y otros estándares en uso.
La AME ejercerá el control sobre los profesionales, con especial énfasis en las medidas que eviten cualquier tipo de cobro al afiliado que no esté contemplado en el presente convenio, informando al IOMA para adoptar las sanciones que pudiesen corresponder.

CLAUSULA DÉCIMO SÉPTIMA. Comisión Mixta: Las partes en este acto constituyen una Comisión Mixta, que se reunirá a requerimiento de cualquiera de las partes y procederá a evaluar la marcha del convenio, asesorando a las autoridades con poder de decisión sobre las modificaciones y/o correcciones que correspondan, tanto en el orden prestacional como en el económico. La Comisión Mixta funcionará de

acuerdo al reglamento que se adjunta como Anexo 6, formando parte integrante del presente convenio.

CLAUSULA DÉCIMO OCTAVA. Acción judicial – Tercero colegitimado: Para el supuesto caso que el IOMA sea demandado judicialmente en forma directa o solidaria por actos, hechos, u omisiones, que provoquen daños a pacientes, ya sea por culpa, dolo, negligencia u omisión por parte de la AME o los profesionales y/o sus equipos que registren en los listados, así como los daños provocados por las cosas de que se sirvan, la AME se compromete a comparecer a juicio, citado como tercero colegitimado pasivamente.

Todo monto que por sentencia resulte debido por la prestación demandada, como así también sus accesorias, será asumido por la AME, la que se responsabiliza por la indemnidad del IOMA. Para el caso de condena al IOMA, la AME autoriza a que éste debite de las siguientes facturas lo que hubiere tenido que pagar por capital, actualización, intereses, costos y costas, y siempre y cuando la condena no haya sido solventada por el responsable directo, o sea el profesional involucrado y/o la compañía aseguradora. Si el juicio terminara por transacción, para que rija la retención, la AME deberá haber participado del acuerdo transaccional o prestado su conformidad. Si a la fecha de acontecido este supuesto, el presente convenio no tuviere vigencia, el IOMA tendrá derecho a repetir lo abonado con motivo de la sentencia judicial.

Sin perjuicio de lo manifestado precedentemente, cada profesional que acepte la presente adhesión deberá acreditar ante la AME, dentro del plazo de sesenta (60) días, la contratación de un seguro obligatorio que cubra su responsabilidad en el caso de mala praxis médica.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA. Cesión del convenio. El convenio no podrá ser transferido ni cedido total ni parcialmente por la AME bajo ninguna modalidad, sin previa autorización del Honorable Directorio del IOMA.

La cesión del convenio sin previa autorización del IOMA, constituirá justa causa de rescisión, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar.

CLAUSULA VIGÉSIMA. Conciliación Administrativa Previa: Con carácter previo a cualquier planteo judicial, las partes se comprometen a dirimir la cuestión en el ámbito de la Unidad Alternativa de Resolución de Conflictos del IOMA.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA. Vigencia, duración, y rescisión anticipada: El presente convenio tendrá una duración de seis (6) meses desde el 13 de diciembre de

2019, renovándose automáticamente por igual período, salvo comunicación fehaciente de cualquiera de las partes con sesenta (60) días corridos de anticipación a la fecha de vencimiento.

Sin perjuicio de lo cual, cualquiera de las partes podrá expresar su voluntad resolutoria, sin expresión de causa, ni derecho a indemnización, con la única obligación de dar aviso fehaciente a la otra con una anticipación mínima de sesenta (60) días corridos. Durante el lapso del preaviso se mantienen vigentes los derechos y obligaciones de las partes. Las partes podrán asimismo rescindir parcialmente el convenio mediante la exclusión de profesionales prevista en la cláusula tercera.

En caso de producirse una eventual modificación en el mapa político de la Provincia de Buenos Aires, tal como división o fusión (con o sin cambio de denominación) de uno o más Partidos, cesarán de pleno derecho los derechos y obligaciones asumidas por las partes en el presente, a partir de la vigencia de la ley que así lo disponga, con respecto a la zona alterada.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA. Protección de Datos: La ENTIDAD deberá cumplir con todas las Leyes y Reglamentos aplicables que rigen la privacidad y seguridad de los Datos Personales de Terceros y de los Datos Personales, incluyendo pero no limitándose a la Ley Nacional de Datos Personales N° 25.326, su reglamentación, el artículo 20 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires y la Ley Provincial Nº 14.214.

Asimismo, la AME deberá resguardar su confidencialidad de conformidad con la legislación vigente, siendo responsable de indemnizar y mantener indemne al IOMA, en relación a cualquier infracción en que incurra a tal respecto, incluyéndose pero no limitándose a penalidades, daños, multas o intereses. La AME deberá permitir al IOMA inspeccionar y auditar las actividades de tratamiento de datos de aquélla, de sus agentes, subsidiarios y subcontratistas, y cumplir con todas las solicitudes o instrucciones del IOMA para verificar que la AME cumple enteramente con sus obligaciones acorde a la presente cláusula.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA. Defensa de la Competencia: Las partes manifiestan que el presente convenio se ajusta a las previsiones de la Ley Nacional de Defensa de la Competencia N° 25.156 y sus modificatorias y reglamentación, así como a la Ley Provincial Nº 13.133, debiendo abstenerse las partes de toda conducta que implique impedir, dificultar u obstaculizar a terceras personas la entrada o permanencia en un mercado o excluirlas de éste.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA. Plan Materno Infantil y de Prevención: Los beneficiarios que se encuentren incluidos en el Plan Materno Infantil o en Programas de Prevención implementados por el IOMA, estarán exentos del pago de copagos, los que estarán a cargo del IOMA.

CLAUSULA VIGESIMO QUINTA. Competencia. Domicilios: Para todos los efectos legales del presente acuerdo, las partes constituyen los siguientes domicilios: el IOMA en calle 46 Nº 886 de La Plata, y la AME en Perú 348 de Ensenada, sometiéndose para el caso de controversias a la competencia de los Juzgados en lo Contencioso Administrativo del Departamento Judicial de La Plata.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD SE FIRMAN DOS (2) EJEMPLARES DE UN MISMO TENOR Y A UN SOLO EFECTO, EN LA CIUDAD DE LA PLATA, A LOS 21. DIAS DEL MES DE FEBRERO DE 2020.-

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1	**Aranceles – Consultas y Galenos**
Anexo 2	**Nomenclador Nacional de Prestaciones**
Anexo 3	**Normas de Atención y Procedimiento**
Anexo 4	**Programas de Prevención**
Anexo 5	**Normas de Liquidación y Facturación**
Anexo 6	**Comisión Mixta**
Anexo 7	**Convenio Multilateral de clearing de Prestaciones capitadas del primer nivel de atención médica**
Anexo 8	**Planilla de adhesión de profesionales**
Anexo 9	**Padrón de prestadores médicos**

ANEXO 1

AGREMIACIÓN MÉDICA DE ENSENADA

1 *Valor Consulta Médica*

CONSULTAS	A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DE IOMA	VALOR CONSULTA	TOTAL VALOR CONSULTA
	COPAGO	COPAGO (*)		
Categoría **A**	--	$ 80.00	$ 229,37	$ 309.37
Categoría **B**	**$ 140,00**		$ 235,13	$ 375.13
Categoría **C**	**$ 220,00**		$ 242,81	$ 462.81

2 *Valor Prácticas médicas y quirúrgicas del Nomenclador Nacional*

Para la valorización de las prácticas médicas especializadas y las intervenciones quirúrgicas se utilizará la misma cantidad de galenos y unidades de gastos que las que figuren en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales, a los valores que se detallan en el siguiente cuadro:

Vigencia:	
Galeno Quirúrgico	$ 24.08
Galeno Quirúrgico cirugías especiales (Anexo 2 de la Resolución 2571/15)	$ 26.81
Galeno Practica	$ 12.06
Galeno Practica Cod. 40.01.01	$ 14.44
Galeno Práctica para códigos 34, ECG y Atención del Recién nacido	$ 13.42
Unidad "A" gasto Quirúrgico	$ 6.29
Unidad "B" gasto Quirúrgico	$ 6.29
Unidad "C" otros gastos	$ 1.50
Unidad "D" Gasto Radiológico cod 18	$ 5.65
Unidad "D" Gasto Radiológico para cod 34	$ 7.26
Unidad "N" Gasto Bioquímico	$ 13.72
Unidad gasto ECG	$ 1.66

Galeno laparoscópico	$ 28.87
Galeno laparoscópico para cirugías especiales	$ 32.16

3 *Profesionales en áreas cerradas (UTI, UCO, NEO)*

Valor de la consulta diaria día/cama:

Vigencia:	
Médico de guardia sin especialidad	$ 182
Médico de guardia con especialidad	$ 221

4 *Prácticas de Rx contrastadas:*

Código	Vigencia:	Agosto 2019
34.04.04	Estomago/Duodeno	$ 661
34.04.07	Transito intestino .delgado/colon	$ 248
34.04.09	Colon x enema y evacuado (3 placas)	$ 174
34.04.12	Colon por enema	$ 982

ANEXO 2
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLEJIDAD CODIGOS 88 LIVIANOS
(Fuera de la cápita en los Convenios suscriptos bajo esta modalidad prestacional)

CODIGO	DERMATOLOGIAA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.13.01	DERMATOSCOPIA	498	746	1,244
CODIGO	**CARDIOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.17.06	ERGOMETRIA DE 12 DERIVACIONES	498	746	1,244
88.17.07	REHABILITACION CARDIOVASCULAR (POR 3 MESES)	2,488	3,731	6,219
88.17.08	CARDIOGRAFIA POR IMPEDANCIA	596	895	1,491
88.17.09	VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO	397	596	993
88.17.10	HOLTER HASTA 12 CANALES	596	895	1,491
CODIGO	**RADIOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.34.74	VIDEODEGLUCION	995	1,493	2,488
88.34.75	VIDEO DEFECOGRAFIA	995	1,493	2,488
CODIGO	**GINECOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.11.03	CRIOCIRUGIA DE CUELLO UTERINO O VULVA	746	1,122	1,868
88.11.04	HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	620	1,868	2,488
88.11.05	HISTEROSCOPIA TERAPEUTICA	2,686	Valor UDA(*)	2,686
88.11.06	ESCISION CON ASA DE LEEP	2,686	Valor UDA (*)	2,686
88.11.07	ESCISION CON CONO DE LEEP	2,984	Valor UDA (*)	2,984
88.11.08	PROVISIÓN Y COLOCACIÓN DEL DIU (profesionales adheridos al Programa Ser de Salud Sexual y Reproductiva, Resolución 1245/06)			3,192
88.34.04	MAMOGRAFIA POR TOMOSINTESIS	946	1,416	2,362
88.18.16	COLOCACION DE CLIP PARA NEOADYUVANCIA	1,343	2,015	3,358
88.18.17	CORE BIOPSIA	1,493	2,238	3,731
CODIGO	**ANATOMIA PATOLOGICA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.15.06	MARCADORES HER-2NEU (C-ERB B2 X FISCH)	1,991	2,984	4,975
88.15.07	MARCADORES HER-2NEU (C-ERB B2 X INMUNOHISTOQUIMICA)	696	1,044	1,740
CODIGO	**OTORRINOLARINGOLOGÍA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.31.05	VIDEONISTAGMOGRAFIA	596	895	1,491
88.31.06	VIDEONISTAGMOGRAFIA CON TEST CALORICO	845	1,267	2,112
CODIGO	**OTROS ESTUDIOS**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.07.01	COLOCACION DE PORT A CATH	1,790	2,686	4,476

(*) sólo cuando el profesional es propietario de la apartología, acreditado bajo Declaración Jurada

ANEXO 2
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLEJIDAD CODIGOS 88 LIVIANOS
(Fuera de la cápita en los Convenios suscriptos bajo esta modalidad prestacional)

CODIGO	NEUROLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.01.07	POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON OXIMETRIA DE PULSO CONTINUA	3,282	4,924	8,206
88.01.08	MODULO DE POLISOMNOGRAFIA MAS TITULACION DE CPAP	4,476	6,714	11,190
CODIGO	**OFTALMOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.02.17	ABERROMETRIA POR OJO	220	326	546
88.02.18	ANALIZADOR DE RESPUESTA OCULAR (ORA) POR OJO	158	240	398
88.02.19	ANGIOFLUORESCEINOGRAFIA (AFG) POR OJO	326	493	819
88.02.20	BIOMICROSCOPIA ULTRASONICA (UBM) POR OJO	326	493	819
88.02.21	ECOGRAFIA OCULAR POR OJO	257	388	645
88.02.22	INTERFEROMETRIA OPTICA LASER (IOL MASTER) POR OJO	257	388	645
88.02.23	MICROSCOPIA CONFOCAL DE LA CORNEA POR OJO	168	254	422
88.02.24	TOMOGRAFIA CONFOCAL DE PAPILA (HRT) POR OJO	220	326	546
88.02.25	TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT) POR OJO	257	388	645
88.02.26	TOPOGRAFIA CORNEAL de ELEVACION POR OJO	220	326	546
CODIGO	**NEUMONOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.05.04	DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO	1,193	1,790	2,983
88.05.05	PRUEBA DE TITULACION DE PRESION POSITIVA CONTINUA (CPAP)	2,089	3,133	5,222
88.05.06	RESISTENCIA Y CONDUCTANCIA DE LAS VIAS AEREAS	559	836	1,395
88.05.07	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA	1,094	1,642	2,736
88.05.08	VENTILACION VOLUNTARIA MAXIMA	340	506	846
88.05.09	ESTUDIO SIMPLIFICADO PARA EVALUACION DE APNEAS DE SUEÑO	2,089	3,133	5,222
88.05.10	VIDEOFIBROBRONCOSCOPIA	2,388	3,581	5,969
88.05.11	REHABILITACIÓN RESPIRATORIA	2,089	3,133	5,222
88.17.04	PRUEBA DEL EJERCICIO CARDIOPULMONAR CON SONSUMO DE OXÍGENO	1,094	1,642	2,736
88.17.05	TEST/PRUEBA DE LA MARCHA DE LOS 6 MINUTOS	397	596	993
CODIGO	**GASTROENTEROLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.08.21	MANOMETRIA ESOFAGICA Y ANORECTAL (INCLUYE SONDA)	2,288	3,432	5,720
88.08.22	PH METRIA (INCLUYE SONDA)	1,991	2,984	4,975
88.08.23	PH METRIA PEDIATRICA (INCLUYE SONDA)	2,984	4,476	7,460
88.08.24	TEST DEL AIRE ESPIRADO	696	1,044	1,740
88.08.25	BIO FEETBACK RECTOANAL (POR 3 MESES)	2,686	4,028	6,714
88.08.26	IMPEDANCIOMETRIA PEDIATRICA	6,466	9,701	16,167
88.18.14	ECOENDOSCOPIA	1,044	1,568	2,612
88.18.15	ECOENDOSCOPIA RADIAL	3,085	4,625	7,710
88.08.20	VIDEOCOLONOSCOPIA (indicada en el marco del Programa de Prevención de Cancer colorectal)	1,160	1,787	2,947

CONVE-2020-04101677-GDEBA-IOMA

ANEXO 2
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLEJIDAD CODIGOS 88 LIVIANOS

CODIGO	NEUROLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.01.01	MAPEO CEREBRAL COMPUTADO	1,398	340	1,738
88.01.02	POLISOMNOGRAFIA (CON CIRCUITO DE TV)	1,819	1,122	2,941
88.01.03	MONITOREO ELECTROENCEFALOGRAFICO AMBULATORIO (24 HS.)	256	698	954
88.01.04	OXIMETRIA DIGITAL	635	928	1,563
88.01.05	TEST DE LATENCIAS MULTIPLES	200	589	789
88.01.06	POTENCIALES EVOCADOS	346	346	692
CODIGO	**OFTALMOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.02.01	CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO	200	277	477
88.02.02	CONTEO DE CELULAS ENDOTELIALES POR OJO	108	151	259
88.02.03	ECOMETRIA	92	151	243
88.02.04	ELECTRORETINOGRAMA	48	92	140
88.02.05	IRIDOTOMIA CON LASER TRATAMIENTO COMPLETO POR OJO	1,058	2,450	3,508
88.02.06	PAQUIMETRIA POR OJO	48	92	140
88.02.07	PLOMBAJE POR OJO	48	92	140
88.02.08	TEST DE LOTMAN	108	151	259
88.02.09	TEST DE SENSIBILIDAD DEL CONTRASTE	71	151	222
88.02.10	TRABECULOPLASTIA CON LASER (HASTA 2 SESIONES)	976	2,521	3,497
88.02.11	EXAMEN CITOBACTERIOLOGICO	108	167	275
88.02.12	EXAMEN DE OJO SECO	108	151	259
88.02.13	FOTOCOAGULACION CON LASER (POR SESION, HASTA 4 SESIONES) POR OJO	836	1,946	2,782
88.02.14	TEST DE VISION DE COLORES	48	92	140
88.02.15	CAPSULOTOMIA POSTERIOR CON YAG LASER POR OJO	836	1,946	2,782
88.02.16	TOPOGRAFIA CORNEAL POR OJO	108	242	350
CODIGO	**OTORRINOLARINGOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.03.01	NASOFARINGOLARINGOSCOPIA	200	242	442
88.03.02	NASOFARINGOLARINGOSCOPIA (CON VIDEO)	200	242	442
CODIGO	**NEUMONOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.05.01	CURVA FLUJO VOLUMEN COMPUTARIZADO	289	157	446
88.05.02	ESPIROMETRIA COMPUTADA	346	167	513
88.05.03	ESPIROMETRIA POR COMPRESION TORACICA	1,058	761	1,819
CODIGO	**GASTROENTEROLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.08.01	**ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON VIDEO**	**930**	**1,628**	**2,558**
88.08.02	**VIDEOCOLONOSCOPIA**	**1,006**	**1,991**	**2,997**
88.08.03	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA CON VIDEO	1,848	877	2,725

ANEXO 2
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLEJIDAD CODIGOS 88 LIVIANOS

CODIGO	UROLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.10.01	TEST DE DROGAS VASOACTIVAS	503	407	910
88.10.02	TEST DE TUMESCENCIA Y RIGIDEZ PENEANA NOCTURNA (PRIMERA NOCHE)	559	503	1,062
88.10.03	TEST DE TUMESCENCIA Y RIGIDEZ PENEANA NOCTURNA (SEGUNDA NOCHE)	379	299	678
88.10.04	CAVERNOSONOGRAFIA	200	589	789
88.10.05	ESTUDIO URONEUROFISIOLOGICO	420	167	587
88.10.06	PENOSCOPIA	256	151	407
88.10.07	PENOSCOPIA CON BIOPSIA	256	196	452
88.10.08	FLUJOMETRIA URINARIA COMPUTARIZADA	503	908	1,411
88.10.09	ESTUDIO URINARIO COMPLETO COMPUTARIZADO	976	503	1,479
88.10.10	BIOPSIA ENDOSCOPICA VESICAL CON PINZA FRIA	420	836	1,256
88.10.11	URETERORENOSCOPIA DIAGNOSTICA	1,674	1,340	3,014
88.10.12	VIDEOURETROCISTOSCOPIA	397	534	931
CODIGO	**GINECOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.11.01	DIAGNOSTICO PRENATAL POR AMNIOCENTESIS	1,253	559	1,812
88.11.02	DIAGNOSTICO PRENATAL POR BIOPSIA CORIONICA	1,123	1,674	2,797
CODIGO	**ANATOMIA PATOLOGICA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.15.01	PUNCION BIOPSIA POR ASPIRACION	547	286	833
88.15.02	BIOPSIA POR INMUNOFLUORESCENCIA	624	380	1,004
88.15.03	RECEPTORES HORMONALES POR METODO IHQ. (ESTROGENOS Y PROGESTERONA)	2,027	380	2,407
88.15.04	ESTUDIO DE BIOPSIA POR IHQ EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (HASTA TRES MARCADORES)	547	845	1,392
88.15.05	ESTUDIO DE BIOPSIA POR IHQ.EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (MAS DE TRES MARCADORES ,C/U)	186	186	372
CODIGO	**CARDIOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.17.01	PRESUROMETRIA	200	420	620
88.17.02	ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCION DE SEÑALES	420	673	1,093
88.17.03	TILT TEST	437	673	1,110
CODIGO	**ECOGRAFIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.18.01	ECOCARDIOFETAL	268	340	608
88.18.02	ECOGRAFIA TRNASFONTANERAL	268	340	608
88.18.03	ECOGRAFIA DE LA CADERA DEL RECIEN NACIDO	256	340	596
88.18.04	ECOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA	256	340	596
88.18.05	ECOGRAFIA TRANSCRANEANA	256	340	596
88.18.06	ECOGRAFIA GENERAL DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	256	340	596
88.18.07	ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA GINECOLOGICA INCLUYE : Material Descartable y Anestesia	437	503	940

88.18.08	ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA PROSTATICA TRANSRECTAL INCLUYE : Material Descartable y Anestesia	437	503	940
88.18.09	ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA ESOFAGICA-GASTRICA-RECTAL INCLUYE :Material Descartable y Anestesia	420	503	923
88.18.10	ECOGRAFIA CON DROGAS CON DIGITALIZACION DE IMAGENES (DIPIRIDAMOL, ETC) INCLUYE : Medicación	581	1,852	2,433
CODIGO	**ECOGRAFIA DOPPLER BLANCO Y NEGRO**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.18.20	DE VASOS DE CUELLO	118	503	621
88.18.21	ARTERIAL PERIFERICO	118	503	621
88.18.22	AORTA Y SUS RAMAS	118	503	621
88.18.23	VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES	118	503	621
88.18.24	DEL EJE ESPLENO PORTAL	118	503	621
88.18.25	DE PENE	118	503	621
88.18.26	DEL CORDON ESPERMATICO	118	503	621
88.18.27	OBSTETRICO	118	503	621
88.18.28	CARDIOLOGICO	200	503	703
88.18.29	PULSADO VASCULAR PERIFERICO/NEFROLOGICO	118	503	621
CODIGO	**GENETICA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.21.01	DETECCION DEL SITIO FRAGIL DEL CROMOSOMA X	568	1,930	2,498
88.21.02	CARIOTIPO CON ALTA RESOLUCION DE BANDA	2,008	576	2,584
88.21.03	ESTUDIO CROMOSOMICO	2,008	576	2,584
88.21.04	CARIOTIPO DE MATERIAL DE ABORTO ESPONTANEO	2,008	576	2,584
CODIGO	**HEMATOLOGIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.23.01	CITOMETRIA DE FLUJO (LEUCEMIAS Y LINFOMAS)	836	3,361	4,197
88.23.02	CITOMETRIA DE FLUJO (ADN E INDICACIONES DE MEDICINA TRANSF	559	2,237	2,796
88.23.03	CITOMETRIA DE FLUJO (HIV y CD34)	200	836	1,036
88.23.04	AUTOTRANSFUSION, HASTA 2 UNIDADES	559	1,542	2,101
CODIGO	**MAMOGRAFIAS**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.34.01	PUNCION BIOPSIA O LOCALIZACION PREBIOPSIA DE LESION NO PALPABLE CON MARCADOR	1,058	1,096	2,154
88.34.02	PUNCION BIOPSIA CON MARCACION ESTEREOTAXICA	1,398	2,806	4,204
88.34.03	MAGNIFICACION MAMOGRAFICA (POR LADO)	151	217	368
CODIGO	**DENSITOMETRIA OSEA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
	Estudio con equipo emisor de Rayos X de baja energía ,	0	0	
88.34.70	DE UNA REGION	299	318	617
88.34.71	DE DOS O MAS REGIONES	392	397	789
88.34.72	POR TAC CON SOFTWARE ESPECIFICO	568	486	1,054
CODIGO	**ESPINOGRAFIA**	**H.M.**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.34.80	DE CUALQUIER REGION, realizado con portachasis específico y cuadrícula con numeración	277	503	780

ANEXO 2
CODIGOS DE GASTROENTEROLOGIA
HONORARIOS MEDICOS

ANEXO II

GASTROENTEROLOGÍA			
CODIGO 1ER. NIVEL	CODIGO 2DO. NIVEL	En el valor establecido quedan incluidos los siguientes items: pinzas, ansas, canastillas y papilotomos.	PESOS
88.08.04	ET 1	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ALTO CON VIDEO	3,156
88.08.05	ET 2	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO BAJO CON VIDEO	3,156
88-08.06	ET 3	ESCLEROSIS O LIGADURA DE VARICES GASTRICAS O ESOFAGICAS	5,900
88.08.07	ET 4	DILATACION ESOFAGICA	4,032
88.08.08	ET 5	COLOCACION DE PROTESIS ESOFAGICAS Y GASTROINTESTINALES	4,295
88.08.09	ET 6	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA	3,126
88.08.10	ET 7	POLIPECTOMICA ENDOSCOPICA COLONICA	3,822
88.08.11	ET 8	GASTROCTOMIA ENDOSCOPICA O PERCUTANEA	13,781
88.08.12	ET 8 A	RECAMBIO DE BOTON DE GASTROSTOMIA	2,255
88.08.13	ET 9	HEMOSTASIA DE LESION SANGRANTE ESOGAFICA, GASTRICA O DUODENAL	4,482
88.08.14	ET 10	HEMOSTASIA DE LESION SANGRANTE COLONICA	5,461
88.08.15	ET 11	EXTRACCION DE CALCULO COLEDOCIANO	11,244
88.08.16	ET 12	COLOCACION DE PROTESIS DE VIAS BILIARES Y PANCREAS	10,265
88.08.17	ET 13	COLOCACION DE PROTESIS DE VIAS BILIARES Y PANCREAS 1ER RECAMBIO	7,324
88.08.18	ET 14	COLOCACION DE PROTESIS DE VIAS BILIARES Y PANCREAS RECAMBIOS ULTERIORES	5,851
88.08.19	ET15	DRENAJE BILIAR PERCUTANEOTERAPEUTICO	3,126
TRAUMATOLOGIA			
88.12.01	TR S 57	ARTROSCOPIA SIMPLE	4,314
88.12.02	TR C 57	ARTROSCOPIA COMPLEJA	11,590

ANEXO 2
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLAJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

ANEXO II

MEDICINA NUCLEAR							
88.26.01	PRUEBAS FUNCIONALES	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A- MEDICINA NUCLEAR CURVA DE CAPATACION TIROIDEA	445	71	516	I-131	895	1,411
	B- MEDICINA NUCLEAR PRUEBA DE INHIBICION	445	71	516	I-131	895	1,411
88.26.02	CENTELLOGRAFIA LINEAL	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CENTELLOGRAFIA LINEAL DE TIROIDES	445	108	553	I-131	895	1,448
	B- CENTELLOGRAFIA TIROIDES / MEDIASTINO	445	168	613	I-131	895	1,508
88.26.03	ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA GAMAMGRAFIA DE	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA TIROIDEA	559	166	725	Tc99m	1,639	2,364
	B- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE PARATIROIDES	559	166	725	Tc 99mMIBI	5,072	5,797
	C- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR PERFUSION	559	166	725	Tc 99m	1,639	2,364
	D- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR VENTILACION	559	166	725	Tc 99m	5,605	6,330
	E- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR PERFUSION / VENTILACION	559	166	725	Tc 99m	6,622	7,347
	F- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE GLANDULAS SALIVALES	559	166	725	Tc 99m	1,639	2,364
	G- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA HEPATICA	559	166	725	Tc 99m	1,639	2,364
	H- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA ESPLENICA	559	166	725	Tc 99m	2,047	2,772
	I- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA CEREBRAL (4 POSICIONES)	559	166	725	Tc 99m	2,551	3,276
	J- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA OSEA (1 AREA)	559	166	725	Tc 99m	3,563	4,288
	K- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE MAMA	559	166	725	Tc 99mMIBI	4,055	4,780
	L- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA RENAL	559	166	725	Tc 99m	1,639	2,364
	LL-CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA UN AREA CON ATB MARCADO	559	166	725	Tc 99m + ATB MARC.	5,521	6,246
	M-CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA UN AREA CON Ga 67 (1 dosis)	559	166	725	Ga67	7,678	8,403

CONVE-2020-04101677-GDEBA-IOMA

ANEXO 2
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLAJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

88.26.04	ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA ANGIOGRAFIA	445	277	722	Tc 99m	2,551	3,273
	B- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA FLEBOGRAFIA (1 AREA)	445	277	722	Tc 99m	1,486	2,208
	C- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA FLEBOGRAFIA (AREA ADICIONAL)	445	90	535	Tc 99m	1,020	1,555
	D- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA RADIORENOGRAMA	445	407	852	Tc 99m	1,486	2,338
	E- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA RESIDUO VESICAL	445	277	722	Tc 99m	1,486	2,208
	F- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA DETECCION DE TORSION TESTICULAR	445	277	722	Tc 99m	2,551	3,273
	G- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA TRANSITO ESOFAGICO	445	277	722	Tc 99m	1,486	2,208
	H- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA REFLUJO GASTROESOFAGICO	445	277	722	Tc 99m	1,486	2,208
88.26.05	CENTELLOGRAFIA CORPORAL TOTAL	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CENTELLOGRAFIA OSEA TOTAL	1,141	576	1,717	Tc 99m	3,563	5,280
	B- CENTELLOGRAFIA OSEA EN TRES TIEMPOS	761	466	1,227	Tc 99m	3,563	4,790
	CENTELLOGRAFIA RASTREO PARA FEOCROMOCITONA	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
88.26.06	A- CENTELLOGRAFIA RASTREO PARA FEOCROMOCITOMA	923	769	1,692	I-131 MIBG	25,009	26,701
88.26.07	BARRIDO CORPORAL TOTAL	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A1- BARRIDO CORPORAL TOTAL PARA Ca. DE TIROIDES	864	721	1,585	I 131	2,240	3,825
	A2- BARRIDO CORPORAL TOTAL PARA Ca. DE TIROIDES (RASTREO POST DOSIS TERAPÉUTICA)	864	721	1,585	--	0	1,585
	B- BARRIDO CORPORAL TOTAL CON Ga -67	923	769	1,692	Ga-67	23,027	24,719

ANEXO 2
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLAJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

88.26.08	CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL HEMORRAGIA DIGESTIVA	576	486	1,062	Tc 99m	3,563	4,625
	B- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL DIVERTICULO DE MECKEL	445	275	720	Tc 99m	1,486	2,206
	C- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL VACIAMIENTO GASTRICO	576	486	1,062	Tc 99m	718	1,780
	D- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL LINFOGRAFIA	445	289	734	Tc 99m	1,486	2,220
	E- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL CISTERNOGRAFIA	559	466	1,025	Tc 99m	1,486	2,511
	F- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL FISTULA DE LCR	445	317	762	Tc 99m	1,486	2,248
88.26.10	ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA PLANAR	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A- ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA REPOSO CON TRAZADORES DE PERFUSION	445	277	722	Tc 99m MIBI	4,798	5,520
	B- ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA REPOSO CON TRAZADORES DE DAÑO	445	277	722	Tc 99m MIBI	2,764	3,486
	C- ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA PLANAR DE MIOCARDIO : REPOSO/ESFUERZO Ó REPOSO/REPOSO Ó APREMIO FARMACOLOGICO/REPOSO	559	466	1,025	Tc 99m MIBI	4,798	5,823
88.26.11	VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A- VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION EN REPOSO	559	466	1,025	Tc 99m	3,563	4,588
	B- VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION EN REPOSO Y APREMIO	1,141	947	2,088	Tc 99m	3,563	5,651

ANEXO 2
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLAJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

88.26.12	**ESTUDIOS CARDIOLOGICOS POR SPECT**	**H.M.**	**GASTOS**	**VALOR MODULO**	**RADIO-F**	**$**	**VALOR MODULO TOTAL**
	A.- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO	559	466	1,025	Tc 99mMIBI	2,764	3,789
	B- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO Y ESFUERZO	1,759	1,372	3,131	Tc 99mMIBI	4,798	7,929
	C- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO CON REINYECCION. TALIO 201 (ESTUDIO DE VIABILIDAD MIOCARDICA)	1,759	1,372	3,131	TALIO 201	9,432	12,563
	D- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT ESTUDIOS GATILLADOS	559	466	1,025	_	0	1,025
88.26.13	**ESTUDIOS GENERALES POR SPECT**	**H.M.**	**GASTOS**	**VALOR MODULO**	**RADIO-F**	**$**	**VALOR MODULO TOTAL**
	A- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA TIROIDEA	816	674	1,490	Tc 99 m	2,371	3,861
	B- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA DE PARATIROIDES (INCLUYE CUELLO Y MEDIASTINO)	816	674	1,490	Tc 99mMIBI	4,798	6,288
	C- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION	816	674	1,490	Tc 99 m	2,371	3,861
	D- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR VENTILACION	816	674	1,490	Tc 99 m	5,605	7,095
	E- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION / VENTILACION	816	674	1,490	Tc 99 m	6,622	8,112
	F- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA HEPATICA	816	674	1,490	Tc 99 m	2,371	3,861
	G- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA ESPLENICA	816	674	1,490	Tc 99 m	2,371	3,861
	H- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA RENAL	816	674	1,490	Tc 99 m	2,371	3,861
	I .- ESTUDIO GRAL POR SPECT OSEO (1 AREA)	816	674	1,490	Tc 99mMIBI	4,798	6,288
	J- ESTUDIO GRAL POR SPECT CEREBRAL CON TRAZADORES DE FLUJO con Tc-99m + HMPAO	816	674	1,490	Tc99m HMPOA	4,798	6,288

ANEXO 2
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLAJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

88.26.14	PRACTICAS TERAPEUTICAS	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	$	VALOR MODULO TOTAL
	A1- DOSIS TERAPEUTICA PARA TIROTOXICOSIS O NODULO CALIENTE , 20 mCi	638	528	1,166	I 131	3,703	4,869
	A2- DOSIS TERAPEUTICA PARA TIROTOXICOSIS O NODULO CALIENTE , 30 mCi	638	528	1,166	I 131	4,678	5,844
	B1- DOSIS TERAPEUTICA PARA CARCINOMA DE TIROIDES 100 mCi	638	528	1,166	I 131	11,512	12,678
	B2- DOSIS TERAPEUTICA PARA CARCINOMA DE TIROIDES 150 mCi	638	528	1,166	I 131	16,390	17,556
	B3- DOSIS TERAPEUTICA PARA CARCINOMA DE TIROIDES 200 mCi	638	528	1,166	I 131	21,276	22,442

ANEXO II

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR				
INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste, medicación anestésica y EXCLUYEN : H.M. de Anestesia. **El módulo incluye ANGIORESONANCIA Y COLANGIORESONANCIA.**				
PRIMERA EXPOSICION		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.46.01 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.01 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.01 A1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 1RA EXPOSICION (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.01 B1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 1RA EXPOSICION (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.02 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.02 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.03 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88,46,03 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.04 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88,46,04 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.05 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.05 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.05 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.05 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.06 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.06 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.07 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.07 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.07 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.07 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.08 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.08 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.08 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.08 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.08 A2	COLANGIO-RMN 1RA. EXPOSICION (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.08 B2	COLANGIO-RMN 1RA. EXPOSICION (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339

PRIMERA EXPOSICION (CONT.)		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.46.09 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.09 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.09 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.09 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.10 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.10 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.11 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.11 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.12 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.12 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.13 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.13 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.14 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.14 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.15 A0	R.M.N. DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.15 B0	R.M.N. DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.15 A1	ANGIO-R.M.N.1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.15 B1	ANGIO-R.M.N.1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.16 A0	R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	445	3,329	3,774
88.46.16 B0	R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	445	2,894	3,339
88.46.17/AO	ARTRORESONANCIA MAGNETICA	995	5,222	6,217
88.46.18/AO	RMN C/ESPECTROSCOPIA	995	7,212	8,207
88.46.19/AO	RMN DINÁMICA	995	6,466	7,461
88.46.20/AO	RMN CARDIACA	2,257	7,690	9,947
88.46.21/AO	RMN DIFUSION PERFUSION	995	9,203	10,198
88.46.22/AO	ESTUDIO MULTIPARAMETRICO DE PRÓSTATA (incluye RMN de próstata espectroscopia difusión perfusión)	3,731	8,705	12,436
SEGUNDA EXPOSICION		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.47.01 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.01 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.01 A1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 2DA EXPOSICION (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.01 B1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 2DA EXPOSICION (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.02 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.02 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.03 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.03 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574

SEGUNDA EXPOSICION (CONT.)		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.47.04 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.04 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.05 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.05 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.05 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.05 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.06 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.06 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.07 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.07 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.07 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.07 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.08 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.08 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.08 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.08 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.08 A2	COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.08 B2	COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.09 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.09 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.09 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.09 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.10 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.10 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.11 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.11 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.12 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.12 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.13 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.13 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574

SEGUNDA EXPOSICION (CONT.)		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.47.14 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.14 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.15 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.15 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.15 A1	ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.15 B1	ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.47.16 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	445	2,369	2,814
88.47.16 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	445	2,129	2,574
TERCERA EXPOSICION		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.48.01 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.01 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.02 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.02 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.03 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.03 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.04 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.04 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.05 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.05 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.06 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.06 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.07 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.07 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.08 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.08 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.09 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.09 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.10 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.10 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316

TERCERA EXPOSICION (CONT.)		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.48.11 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.11 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.12 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.12 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.13 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.13 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.14 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.14 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.15 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.15 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316
88.48.16 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	445	2,129	2,574
88.48.16 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	445	1,871	2,316

ANEXO II

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA				
LOS ESTUDIOS INCLUYEN : Materiales Descartables, Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. EXCLUYEN : H.M. de Anestesia		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.34.10	T.A.C. DE CEREBRO	445	1,643	2,088
88.34.12	T.A.C. DE CEREBRO CONTROL	445	1,133	1,578
88.34.25/00	T.A.C. DE ORBITAS	445	1,643	2,088
88.34.25/01	T.A.C. DE HIPOFISIS	445	1,643	2,088
88.34.25/02	T.A.C DE OIDOS	445	1,643	2,088
88.34.25/03	T.A.C. DE MACIZO FACIAL	445	1,643	2,088
88.34.25/04	T.A.C. DE S.P.N.	445	1,643	2,088
88.34.26/00	T.A.C. DE CUELLO	445	1,219	1,664
88.34.26/01	T.A.C. DE FARINGE/LARINGE	445	1,643	2,088
88.34.17	T.A.C. COMPLETA DE ABDOMEN	445	2,431	2,876
88.34.19	T.A.C. DE TORAX	445	1,910	2,355
88.34.27/00	T.A.C. DE PELVIS OSEA	445	1,219	1,664
88.34.27/01	T.A.C.DE CADERAS	445	1,219	1,664
88.34.27/02	T.A.C. DE RODILLAS	445	1,219	1,664
88.34.27/03	T.A.C. DE TOBILLOS	445	1,219	1,664
88.34.27/04	T.A.C. DE PIES	445	1,219	1,664
88.34.27/05	T.A.C. DE HOMBROS	445	1,219	1,664
88.34.27/06	T.A.C. DE CODO	445	1,219	1,664
88.34.27/07	T.A.C. DE MUÑECA	445	1,219	1,664
88.34.27/08	T.A.C. DE MANO	445	1,219	1,664
88.34.21	T.A.C. DE COLUMNA CERVICAL	445	1,717	2,162
88.34.22	T.A.C. DE COLUMNA DORSAL	445	1,717	2,162
88.34.23	T.A.C. DE COLUMNA LUMBAR	445	1,717	2,162
88.34.24	T.A.C. DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	445	1,219	1,664
TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**

Los estudios con Barrido Helicoidal INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. EXCLUYEN : H.M. de Anestesia				
88.34.30	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE CEREBRO	445	2,017	2,462
88.34.40/00	T.C. HELICOIDAL DE ORBITAS	445	2,017	2,462
88.34.40/01	T.C. HELICOIDAL DE HIPOFISIS	445	2,017	2,462
88.34.40/02	T.C. HELICOIDAL DE OIDOS	445	2,017	2,462
TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL (CONT)		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.34.40/03	T.C. HELICOIDAL DE MACIZO FACIAL	445	2,017	2,462
88.34.40/04	T.C. HELICOIDAL DE S.P.N.	445	2,017	2,462
88.34.41/00	T.C. HELICOIDAL DE CUELLO	445	1,860	2,305
88.34.41/01	T.C. HELICOIDAL DE FARINGE/LARINGE	445	2,017	2,462
88.34.32	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL COMPLETA DE ABDOMEN	445	2,946	3,391
88.34.34	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE TORAX	445	2,516	2,961
88.34.42/00	T.C. HELICOIDAL DE PELVIS OSEA	445	1,860	2,305
88.34.42/01	T.C. HELICOIDAL DE CADERAS	445	1,860	2,305
88.34.42/02	T.C. HELICOIDAL DE RODILLAS	445	1,860	2,305
88.34.42/03	T.C. HELICOIDAL DE TOBILLOS	445	1,860	2,305
88.34.42/04	T.C. HELICOIDAL DE PIES	445	1,860	2,305
88.34.42/05	T.C. HELICOIDAL DE HOMBROS	445	1,860	2,305
88.34.42/06	T.C. HELICOIDAL DE CODO	445	1,860	2,305
88.34.42/07	T.C. HELICOIDAL DE MUÑECA	445	1,860	2,305
88.34.42/08	T.C. HELICOIDAL DE MANO	445	1,860	2,305
88.34.36	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA CERVICAL	445	2,017	2,462
88.34.37	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA DORSAL	445	2,017	2,462
88.34.38	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA LUMBAR	445	2,017	2,462
88.34.39	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	445	1,860	2,305
88.34.43/00	ANGIO TAC (INCLUYE H.G.CONTRASTE C/S RECONST.3D)	974	4,498	5,472
88.34.44/00	TAC 3D	974	4,000	4,974
88.34.44/01	TAC 3D EXPOSICIÓN SUBSIGUIENTE	974	2,756	3,730
88.34.45/00	COLONOSCOPIA VIRTUAL	974	3,751	4,725
PRACTICAS INTERVENCIONSTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.34.50	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE ABDOMEN	1,428	3,229	4,657

CONVE-2020-04101677-GDEBA-IOMA

88.34.51	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE HIGADO	1,428	3,229	4,657
88.34.52	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE RIÑON	1,428	3,229	4,657
88.34.53	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE PANCREAS	1,428	3,229	4,657
88.34.54	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE TORAX/PULMON	1,428	3,229	4,657
88.34.55	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE UNA VERTEBRA	1,428	3,229	4,657
88.34.56	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE OTROS ORGANOS O REGIONES	1,428	3,229	4,657
TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
Los estudios de TC.MS INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. EXCLUYEN : H.M. de Anestesia				
88.34.90/00	T.C. MULTISLICE DE CEREBRO	576	2,516	3,092
88.34.91/01	T.C. MULTISLICE DE ORBITAS	576	2,516	3,092
88.34.91/02	T.C. MULTSLICE DE HIPOFISIS	576	2,516	3,092
88.34.91/03	T.C. MULTISLICE DE OIDOS	576	2,516	3,092
88.34.91/04	T.C. MULTISLICE DE MACIZO FACIAL	576	2,516	3,092
88.34.91/05	T.C. MULTISLICE DE S.P.N.	576	2,516	3,092
88.34.91/06	T.C. MULTSLICE DE CUELLO	576	2,318	2,894
88.34.91/07	T.C. MULTISLICE DE FARINGE/LARINGE	576	2,516	3,092
88.34.92/00	T.C. MULTISLICE COMPLETA DE ABDOMEN	576	3,727	4,303
88.34.93/00	T.C. MULTISLICE DE TORAX	576	2,516	3,092
88.34.94//00	T.C. MULTISLICE DE PELVIS OSEA	576	2,318	2,894
88.34.94/01	T.C. MULTISLICE DE CADERAS	576	2,318	2,894
88.34.94/02	T.C. MULTISLICE DE RODILLAS	576	2,318	2,894
88.34.94/03	T.C. MULTISLICE DE TOBILLOS	576	2,318	2,894
88.34.94/04	T.C. MULTISLICE DE PIES	576	2,318	2,894
88.34.94/05	T.C. MULTISLICE DE HOMBROS	576	2,318	2,894
88.34.94/06	T.C. MULTISLICE DE CODO	576	2,318	2,894
88.34.94/07	T.C. MULTISLICE DE MUÑECA	576	2,318	2,894
88.34.94/08	T.C. MULTISLICE DE MANO	576	2,318	2,894
88.34.94/09	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA CERVICAL	576	2,516	3,092
88.34.94/10	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA DORSAL	576	2,516	3,092
88.34.94/11	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA LUMBAR	576	2,516	3,092
88.34.95/00	T.C. MULTISLICE DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	576	2,318	2,894
88.34.96/00	ANGIO TAC MULTISLICE CARDIACA CORONARIA	2,257	10,670	12,927

CONVE-2020-04101677-GDEBA-IOMA

88.34.97/00	ANGIO TAC MULTISLICE DE UNA REGION (TORAX,ABDOMEN Y PELVIS, MIEMBROS ETC.)	974	4,871	5,845
88.34.97/01	ANGIO TAC MULTISLICE SEGUNDA O MAS REGIONES	773	3,961	4,734
88.34.98/00	RECONSTRUCCION 3D-4D incluye TC-MS segunda region y subsiguientes	974	4,871	5,845
88.34.98/01	SCORE DE CALCIO	974	5,492	6,466
PRACTICAS INTERVENCIONSTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.34.99/01	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. MS DE ABDOMEN	1,868	4,094	5,962
88.34.99/02	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE HIGADO	1,868	4,094	5,962
88.34.99/03	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE RIÑON	1,868	4,094	5,962
88.34.99/04	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE PANCREAS	1,868	4,094	5,962
88.34.99/05	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE TORAX/PULMON	1,868	4,094	5,962
88.34.99/06	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE UNA VERTEBRA	1,868	4,094	5,962
88.34.99/07	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE OTROS ORGANOS O REGIONES	1,868	4,094	5,962
PET: TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES				
Los estudios INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. EXCLUYEN : H.M. de Anestesia		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.34.80/00	PET DE CUERPO ENTERO	1,058	17,167	18,225
88.34.80/01	PET DE CUERPO ENTERO POR FUSION DE IMÁGENES	1,044	12,972	14,016

ANEXO II

ECOGRAFIA DOPPLER COLOR		H.M.	GASTOS	I.O.M.A. V.M.T.
88.18.40	**A-** ECO DOPPLER CARDIACO	602	754	1,356
	B- ECO DOPPLER CARDIACO FETAL	602	754	1,356
88.18.41	**A-** ECO DOPPLER PERIFERICO PRIMERA REGION (INCLUYE DOPPLER TRANSCRANEANO)	602	754	1,356
	B- ECO DOPPLER PERIFERICO SEGUNDA O MAS REGIONES (INCLUYE DOPPLER TRANSCRANEANO)	464	367	831
88.18.42	**ECO DOPPLER COLOR GENERALES**			
	A- ECO DOPPLER COLOR OBSTETRICO	602	754	1,356
	B- ECO DOPPLER COLOR DEL EJE ESPLENOPORTAL	602	754	1,356
	C- ECO DOPPLER COLOR RENAL	602	754	1,356
88.18.43	ECO DOPPLER CARDIACO TRANSESOFAGICO	1,528	2,344	3,872
ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA		**H.M.**	**GASTOS**	**I.O.M.A. V.M.T.**
INCLUYE : Material Descartable, aguja de punción y Anestesia local. EXCLUYE: Anatomía Patológica y Bacteriología				
88.18.11	ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA CON PUNCION	845	1,058	1,903
88.18.12	ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA CON PUNCION BIOPSIA MULTIPROSTÁTICA	1,213	1,890	3,103
88.18.13/00	PUNCIÓN BIOPSIA MAMARIA ASISTIDA POR VACÍO	1,884	13,300	15,184

ANEXO 3

NORMAS DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTO

1. NORMAS DE PROCEDIMIENTO

A) PAUTAS TÉCNICAS DE SERVICIOS INCLUIDOS:

Consultas en consultorio ambulatorio;

Prácticas médicas ambulatorias;

Prácticas radiológicas ambulatorias;

Atención médica en internación;

Programas de prevención en la forma y condiciones previstas en el presente convenio (Anexo 4), y los que en el futuro implemente el IOMA;

Códigos ET;

Artroscopías;

Derecho de aparatología propiedad del profesional;

Cirugía post bariátrica reparadora;

Hemodiálisis con riñón artificial en insuficiencia aguda (27.01.07);

B) PAUTAS TÉCNICAS DE SERVICIOS EXCLUIDOS:

Prestaciones especiales en internación específicamente mencionadas en el convenio IOMA y las entidades ACLIBA I, II, III, IV, y FECLIBA , a saber:

Módulos de cirugía cardiovascular;

Procedimientos hemodinámicas;

Radioterapia;

Litotricia;

Adicciones;

Diálisis renal, hemodiálisis y diálisis peritoneal;

Transplante de órganos (corresponde inicio por trámite de excepción);

Reeducación y rehabilitación;

Prestaciones de discapacidad;

Servicios auxiliares: kinesiología, fonoaudiología, enfermería.

Internación domiciliaria;

Nutrición enteral y parenteral domiciliaria e internación;

Prestaciones no cubiertas por IOMA:

Enfermedades profesionales;

Accidentes de trabajo;

Cirugía plástica no reparadora;

Cosmetología;

Exámenes de pre-ingreso de control y egreso;

Exámenes de aptitud psicofísica;

Prácticas o internaciones experimentales;

2. NORMAS DE TRABAJO

Normas médicas

Para la autorización de prácticas deberá acompañarse diagnóstico presuntivo que deberá ser justificativo de la práctica solicitada. Los elementos avalatorios de ese diagnóstico, podrán ser requeridos por el médico autorizante de la boca de expendio.

A) DE LAS PRESTACIONES

a. La asistencia en consultorio será prestada por los profesionales inscriptos en la Entidad Médica, en las especialidades que forman y adhieren al presente convenio.

b. El médico deberá solicitar cada vez que atienda a un paciente la exhibición de la credencial actualizada o constancia de pago de afiliación voluntaria y el Documento de Identidad.

c. La consignación del diagnóstico o código nosológico es elemento imprescindible para obtener el cobro de la prestación.

d. El IOMA podrá verificar los servicios a sus afiliados debiendo hacerlo por intermedio del personal técnico o médico auditor, cuando se pretenda aclarar situaciones inherentes al ejercicio profesional del médico. El IOMA practicará las investigaciones pertinentes sobre el profesional médico cuando realicen un número inusual de consultas o prácticas o para verificar la calidad prestacional brindada a sus beneficiarios, de conformidad con lo establecido en la cláusula décimo quinta del presente convenio.

B) DE LA CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DEL MÉDICO

a. Se efectuará de acuerdo al siguiente detalle:

Consulta: acreditan una sola visita por bono.

Prácticas especializadas e intervenciones quirúrgicas se consignarán en los formularios que específicamente se destinan a ese fin.

Los documentos de certificación deberán cumplimentarse con la consignación de los siguientes datos básicos: identificación del paciente (nombre y apellido); número de afiliado al IOMA; prestación realizada de acuerdo a la nomenclatura y el número de código correspondiente; diagnóstico, salvo circunstancia de excepción (que a criterio del médico actuante debe mantenerse reservado); en estos casos se colocará en el casillero correspondiente impreso las siglas S/M (secreto médico) o la codificación internacional para mantener el secreto médico; día y hora de la atención brindada.

Para el caso de las intervenciones quirúrgicas, además de los datos enunciados, se debe indicar el establecimiento donde se practicó.

Cuando para la realización de una práctica o intervención quirúrgica se haya acordado la presentación de una orden de internación, deberá transcribirse el número que individualiza a dicha orden.

b. Cada uno de los médicos actuantes en prácticas e intervenciones quirúrgicas deberán confeccionar el formulario correspondiente consignando los datos mencionados y haciendo referencia a la prestación que efectúe.

c. Toda documentación primaria, que acredite el servicio otorgado, deberá estar firmada por el paciente o quien lo represente, así como por el médico que la realizó, incluyendo un sello aclaratorio de la firma y número de matrícula profesional.

d. El médico deberá adjuntar historia clínica a la facturación de las prácticas, cuando las presentes normas así lo establezcan.

e. La presentación de historia clínica en aquellos casos no previstos en el punto anterior no es exigible a los efectos de la facturación y liquidación de los servicios; no obstante se podrá solicitar historia clínica y elementos de diagnóstico a los fines de la auditoría médica.

f. Cuando se trate de una práctica invasiva deberá presentar el consentimiento informado del paciente, cumpliendo los requisitos previstos en la Ley 26529, artículos 5 a 7.

C) DE LAS ESPECIALIDADES

a. Los médicos prestarán su atención profesional de conformidad con la especialidad en que se hallen inscriptos.

b. El médico no podrá invocar distinciones de especialidad u horarios, para percibir en un caso determinado honorarios privados cuando el beneficiario requiera sus servicios en condiciones reglamentarias. Es decir, será optativo para el médico atender o no a enfermos que no pertenezcan a su especialidad, pero en ningún caso podrá cobrar otros aranceles si el afiliado demuestra fehacientemente su condición de tal.

c. Cuando deban realizarse prácticas y servicios en alguna especialidad en la que se carezca de profesionales inscriptos, la obra social podrá autorizarlas con médicos que estén en condiciones de efectuarlas, aunque pertenezcan a otras especialidades.

d. La Obra Social aceptará la facturación conjunta de dos o más médicos reunidos en equipo especializado, previa solicitud por escrito y firmada dando conformidad por todos los médicos que integran el equipo.

e. Los médicos limitarán al mínimo estrictamente necesario la facturación de prácticas especializadas que ellos mismos indiquen (auto prescripción).

f. Los médicos prestarán su atención profesional de conformidad con la especialidad en que se hallen inscriptos, sin perjuicio de lo cual podrán facturar los honorarios de la primera consulta en otras especialidades.

D) DE LA DOCUMENTACION CLINICA

El médico deberá dejar constancia de la consulta realmente efectuada en la historia clínica personal del afiliado, que deberá archivar por un período no menor de 5 años.

Requisitos mínimos de las historias clínicas:

a. nombre y apellido completo del afiliado;

b. edad;

c. sexo;

d. fecha y hora de atención;

e. número de afiliado;

f. fecha de alta;

g. datos de la atención:

1. diagnóstico principal;

2. diagnósticos concomitantes;
3. complicaciones;
4. estudios diagnósticos solicitados;
5. conclusiones principales de los mismos;
6. medicamentos y tratamientos indicados
7. respuesta terapéutica;
8. evolución;
9. derivación a otro especialista en el caso de considerarse

E) DE LA DESCENTRALIZACION DEL EXPEDIO DE BONOS DE CONSULTAS Y PRÁCTICAS MEDICAS

a. Para las consultas y prácticas médicas, en primera instancia, el emisor del bono es el propio profesional que lo generará a través del sistema de autorización de consultas y prácticas ambulatorias provisto por el IOMA, vía on line.

b. Ante la vista del afiliado, el médico deberá ingresar con su número de usuario y contraseña al sistema, verificando así la condición del mismo. Luego procederá a la carga y autorización de la consulta y/o práctica.

El profesional procederá de acuerdo a la propuesta de descentralización regulada por la resolución del Honorable Directorio 6143/13, su modificatoria 6707/13, y las normas que en el futuro puedan modificarlas.

c. Al realizar la consulta o práctica, el médico deberá entregar al afiliado del IOMA el comprobante de pago firmado y sellado. Esta documentación le servirá al afiliado que posea coseguro, para solicitar el reintegro en caso de corresponder.

d. Cuando el afiliado exceda los topes previstos por el IOMA para la autorización de prácticas o consultas, deberá dirigirse a una boca de expendio para solicitar la emisión de un nuevo bono con la Historia Clínica que lo justifique.

e. En el caso de no figurar en padrón, el afiliado deberá dirigirse a una boca de expendio para autorización por médico auditor con la documentación avalatoria (credencial o pago de cuota de la afiliación voluntaria o carta de autorización provisoria, según corresponda).

F) DE LAS BOCAS DE EXPENDIO

a. Se emitirán bonos de consulta, código 88 livianos y prácticas, en todas las bocas de expendio autorizadas por el IOMA, cuando los mismos no se puedan realizar por el sistema de autorización on line.

b. Ninguna boca de expendio percibirá suma alguna de dinero por la emisión de bonos de consultas y/o prácticas. Los mismos son abonados por el afiliado al profesional/establecimiento al momento de la atención.

c. Al realizar la consulta o práctica, el médico deberá entregar al afiliado del IOMA el comprobante de pago firmado y sellado o recibo de pago para su control, de conformidad con la normativa fiscal vigente.

d. Los bonos incluidos en las chequeras de los Programas MAMI y SER no podrán canjearse en las bocas de expendio, ya que los mismos están preautorizados, y deberán ser presentados por el afiliado al profesional médico al momento de la atención. Si el médico es categoría básica el afiliado no abona suma alguna. Si es categoría B o C el afiliado deberá abonar al momento de la atención sólo el valor del copago por arancel diferenciado.

e. No requerirán auditoría médica las prácticas del Nomenclador Nacional y prácticas convenidas indicadas específicamente en las normas de auditoría y que se autorizan de forma on line.

f. No se expedirán bonos éticos en las bocas de expendio en el marco del presente convenio.

g. Las prácticas ambulatorias que incluyan anestesia se auditarán y autorizarán en las mismas bocas de expendio.

h. Cuando los afiliados requieran consultas o prácticas en prestadores de la Ciudad de Autónoma de Buenos Aires, se emitirán bonos con categoría básica y se colocará un

sello "AUTORIZADO PARA PRESTADORES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES".

G) DE LAS INTERNACIONES

a. Los afiliados del IOMA podrán internarse en el centro prestador de su elección con la sola presentación de la orden de internación y sin abonar suma alguna, conforme lo que se indica en el punto siguiente.

b. Las órdenes de atención y/o prácticas que documenten las prestaciones en internación que fueron brindadas a afiliados del IOMA, serán entregadas al profesional, asociación de profesionales o instituciones para su facturación junto con el diferenciado cuando corresponda.

3. REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS

Los beneficiarios deberán acreditar su condición de afiliados al IOMA para acceder a los servicios, ya sea ante el profesional que lo atiende o en la boca de expendio, debiendo presentar:

a) Credencial actualizada o constancia de pago de afiliación voluntaria del mes en curso.

b) Documento de Identidad.

Asimismo, los beneficiarios de convenios de reciprocidad deberán presentar:

a) Credencial actualizada o Carta de autorización provisoria.

b) Documento de Identidad.

4. PROGRAMAS DE ATENCION AMBULATORIA

a. Los programas de atención ambulatoria vigentes y los que se implanten en un futuro se regirán por las normativas establecidas para cada uno de ellos.

b. El médico de categoría A aceptará los bonos de práctica que se encuentran en la chequera respectiva del programa de atención ambulatoria no percibiendo suma alguna. Para las prácticas o estudios complementarios ambulatorios realizados por médicos de categorías B o C, el afiliado deberá abonar el copago correspondiente a honorarios médicos en el lugar de realización de la consulta o práctica.

5. AFILIADOS DE OTROS CÍRCULOS O ENTIDADES MÉDICAS

a. Los afiliados de otras localidades de la provincia podrán adquirir los **bonos de consulta** básicos en su respectiva entidad (agremiación o círculo médico) o ingresando al sistema descentralizado, en tanto que por los bonos de categoría B y C abonarán al profesional el diferenciado correspondiente.

b. Los afiliados de otras localidades de la provincia podrán adquirir los **bonos de prácticas** aún no descentralizadas en su respectiva Entidad (agremiación o circulo médico), debiéndose emitir el bono con la categoría básica, ya que el diferenciado será abonado al profesional al momento de la atención; o podrán adquirir los bonos de prácticas en las bocas de IOMA-AMP-AME o ingresando al sistema descentralizado, abonando también al profesional el diferenciado correspondiente.

c. Los afiliados de Berisso deberán retirar los bonos de consulta y prácticas en su respectiva entidad. El bono deberá tener un sello sobreimpreso que indica ATENCION EXCLUSIVA EN LA PLATA O ENSENADA.

6. REQUISITOS DOCUMENTALES ESPECIALES

A) DE LAS CONSULTAS:

a. El IOMA emitirá el bono de consulta para profesionales categoría A, con el cual el afiliado deberá concurrir a la consulta sin abonar suma alguna en el momento de la misma.

b. Los afiliados que concurran a profesionales médicos, cualquiera sea su categoría, no deberán presentar bono alguno. Los médicos contarán con una planilla provista por el IOMA a través del sistema on line en la cual se registrará la consulta realizada. La planilla contará con varios campos, los cuales deberán ser completados por el médico

con los datos afiliatorios del paciente, diagnóstico y firma de afiliado. Dicha prestación se deberá cargar en el sistema on line de donde surgirá un número de autorización que posteriormente será volcado a la planilla.

Las planillas, junto con la pro forma, deberán ser presentadas una vez finalizado el mes en curso en la Entidad Médica para la posterior facturación al IOMA. El arancel diferenciado en los casos que corresponda, será abonado por el afiliado en el consultorio del profesional, de acuerdo a la categoría con la que se encuentre en el registro de prestadores, debiendo otorgarle al afiliado la constancia del cobro correspondiente.

En situaciones que por causas ajenas al profesional no hubiera sistema para efectuar la carga, se le tomará al afiliado el importe correspondiente en concepto de depósito, que deberá ser reintegrado dentro de las 48 hs.

c. Cuando el médico presente facturación incluyendo la realización de más de tres consultas en el mes de un mismo afiliado, deberá acompañar la historia clínica evolucionada.

d. Los copagos abonados por los afiliados del IOMA al profesional integran el valor total de la consulta, junto con el valor que el IOMA abona por dicha prestación, conforme lo indicado en el anexo 1.

e. Toda presentación de facturación de consultas en internación deberá ser acompañada de fotocopia de historia clínica evolucionada por el médico tratante. En el caso de interconsulta se exigirá fotocopia del pedido y su resultado.

f. No podrá presentarse facturación de más de una consulta diaria en internación.

g. No deberá existir lapso menor de veinte (20) minutos entre una consulta médica y la subsiguiente.

h. Toda consulta médica deberá consignar claramente el diagnóstico presuntivo del médico.

B) DE LAS PRÁCTICAS:

a. Toda práctica especializada deberá ser realizada por profesional médico con título de especialista y/o que haya realizado la especialización, excepto cuando por ausencia de dicha especialidad el IOMA hubiere habilitado a otro profesional médico.

b. Los diagnósticos de resultado deberán ser claramente legibles y sin abreviaturas.

c. Toda facturación de una práctica médica deberá acompañarse del diagnóstico que la misma produce y el informe correspondiente, excepto en los casos previstos en el presente convenio. En todos los casos la auditoría del IOMA podrá requerir información adicional a los efectos de llegar a un dictamen definitivo.

d. Las prácticas de quimioterapia, hemodinamia y radioterapia se rigen por sistema modular de segundo nivel prestacional.

e. Las prácticas de diagnóstico por imágenes código 88 livianos, ginecología, cardiología y neumonología, deberán facturarse adjuntando informe y resultado de las mismas.

f. Las prácticas de rehabilitación deberán consignar día, hora y firma del afiliado por cada sesión para su facturación. No podrá facturarse más de una sesión en el mismo día.

g. Las prácticas quirúrgicas en internación deberán ser facturadas acompañadas de fotocopia del protocolo quirúrgico, donde constará claramente los miembros del equipo interviniente (cirujano principal, ayudantes y anestesista) con sello y firma del cirujano principal. En el caso de requerir más ayudantes es necesario la autorización previa del IOMA. Asimismo en los protocolos de parto deberá figurar el neonatólogo que realizó la atención del mismo.

h. Las prácticas de alta complejidad, denominadas código 88 pesados, deberán presentarse en las planillas de alta complejidad autorizadas por el IOMA conforme su normativa, con el correspondiente informe de la práctica realizada.

i. Toda práctica en internación deberá facturarse acompañada con fotocopia de la hoja de historia clínica donde conste firma y sello del médico actuante.

j. En las prácticas de cirugía, cuando el cirujano principal se encuentre categorizado, se respetará al resto de los profesionales intervinientes la categoría en la cual se hallaren registrados.

k. En las internaciones clínicas, cuando el profesional que realiza la misma se encuentra categorizado, se respetará al resto de los profesionales intervinientes la categoría en la cual se hallaren registrados.

l. Los copagos abonados por los afiliados del IOMA al profesional médico integran el valor total del honorario por las prácticas realizadas, junto con el valor que el IOMA abona por dicha prestación conforme lo indicado en el anexo 1.

m. Los copagos en internación serán a cargo de la Obra Social de acuerdo a los valores vigentes.

n. Toda presentación de facturación de prácticas en internación deberá ser acompañada de fotocopia de historia clínica evolucionada por el médico tratante. En el caso de interconsulta se exigirá fotocopia del pedido y su resultado.

7. REQUISITOS NORMATIVOS PARA LA AUTORIZACION DE PRÁCTICAS

Normas administrativas

Entre la fecha de prescripción de una práctica y su autorización no deberá mediar más de treinta (30) días.

Entre la fecha de autorización y su realización se exigirá igual plazo de tiempo que en el punto anterior.

No podrán autorizarse prácticas de patologías diferentes en una misma orden.

8. NORMATIVAS PARA LA UTILIZACION DE LOS CODIGOS DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

a. Los códigos que se detallan a continuación corresponden al resumen de prestaciones agrupadas de hematología y hemoterapia, que incluyen los siguientes:

23.23.05/06/07/08/09/10/11/12/13

24.24.01/02/03/04/05/06/07/08/09/10

88.23.01/02/03/04

Aclaración: Se elimina la práctica 23.01.54 de los códigos 23.23.05 y 23.23.06, por estar incluido en el código 23.01.78

b. Están incluidos todos los materiales descartables, reactivos y agujas necesarias para la realización de las prestaciones.

c. Las prácticas realizadas durante una internación deberán adjuntar la Historia Clínica.

d. Las prácticas médicas que deberán ser facturadas con el correspondiente informe completo, con sello y firma del profesional actuante, más la orden médica completa, serán las siguientes:

23.23.05/07/11/12/13

24.24.02/03/04/09/10

88.23.01/02/04

e. Para las prácticas médicas incluidas en el siguiente listado se permitirá su autorización "on line":

23.06.06/08/09/10

24.24.01/05/06/07/08

88.23.01/02/03/04

f. Los códigos antes mencionados se facturarán al IOMA con la proforma y la orden médica completa.

g. El resto de los códigos agrupados requerirán emisión de bono impreso por la Delegación del IOMA.

h. Las prácticas realizadas en ambulatorio se facturarán con el informe correspondiente, excepto el código 23.23.06/08/09/10 (estudio hematológico, estudio básico de hemostasia, control de anticoagulación oral, control de anticoagulación con heparina)

y el código 24.24.01/02/03/05/06/07/08/010 que sólo presentarán el bono emitido por IOMA y la orden médica completa.

i. En caso de solicitarse más de una práctica simultáneamente deberá adjuntarse el informe de ambas (por ejemplo: estudio hematológico más control de anticoagulación deberá adjuntarse informe de ambos estudios).

j. Las prácticas 88.23.01/02/03/04 y 24.24.05/06/07/08/09/10 no deben llevar agregado bono de consulta (se halla incluido en la práctica).

k. Toda práctica ambulatoria deberá presentarse con la firma de conformidad del afiliado, firma y sello del profesional actuante y orden médica completa (en pacientes internados ver punto c).

l. Para el caso del código 24.24.05/06/07, transfusiones, deberá adjuntarse el número de bolsa o identificación de la/s misma/s.

m. En el caso del código 24.24.09, serología en receptor, se aplicará ante la primera transfusión. Sólo se repetirá en futuras ocasiones en caso de que el paciente hubiere sido sometido a procedimientos invasivos, diálisis u otras transfusiones (éstas últimas en otra institución). Deberá adjuntarse informe completo.

n. En el caso del código 24.24.10, preparación de hemocomponente, para instituciones con banco de sangre propio, deberá adjuntarse informe completo (sólo localidades en donde exista).

o. Estudios hematológicos de rutina prequirúrgica: deberá especificarse en la orden médica el código solicitado aclarando “a realizar por hematólogo”, para diferenciarlo al momento de la autorización de una prestación bioquímica.

p. En el caso del código 23.23.07, cuando el diagnóstico o cirugía propuesta por su complejidad justificara su realización, no será necesario el resumen de Historia Clínica.

En el caso de los estudios de ecodoppler color y ecografía intervencionista, cuando el equipo pertenezca al profesional y esté inscripto en la Entidad Médica, podrá facturar honorarios y gastos a través de ésta entidad.

El prestador deberá presentar junto con la facturación detallada y por afiliado la planilla de "Denuncia de Alta Complejidad" (primer hoja en original y segunda hoja con el código de autorización entregado por el Centro de Autorizaciones), el informe de la práctica o estudio realizado y las copias de los estudios avalatorios que el profesional enumeró en la solicitud, siendo responsabilidad del prestador su presentación, y su falta o no concordancia, permitirá el débito.

En el caso de presentarse en forma separada honorarios y gastos, el profesional deberá separar el bono de honorarios médicos de la "Planilla de Denuncia - Alta Complejidad" (segunda hoja) autorizada por el IOMA y presentarlo en la Entidad Médica, debiendo adjuntar el informe resultante dado que la documentación avalatoria será aportada con la facturación de los gastos a través de la entidad de segundo nivel de atención médica correspondiente (ACLIBA I o FECLIBA). En el supuesto que los honorarios médicos se facturen antes que los gastos y por lo tanto impidan la auditoria, éstos serán pagados y quedarán sujetos a débitos en la próxima facturación.

b. Honorarios anestesiológicos

Deberán facturarse a través de la entidad de primer nivel conjuntamente con la práctica, quien la presentará en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria del IOMA, según las normativas de facturación habitual.

En el caso de los profesionales de la ciudad de La Plata que estén adheridos a la Sociedad Platense de Anestesiología, deberán facturar a través de ésta Entidad, por separado del resto de la facturación.

Cuando una práctica tenga autorización para efectuarse bajo anestesia general, el profesional deberá adjuntar a su facturación fotocopia de la primera y segunda hoja de la "Planilla de Denuncia - Alta Complejidad" autorizada, más protocolo de anestesia con la conformidad firmada por afiliado o tercero con aclaración, indicación del número de documento, dirección y teléfono. Su falta importará la realización del correspondiente débito (valor de las prácticas a facturar según el Nomenclador de Anestesia del IOMA).

9. NORMAS DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA CODIGOS 88 PESADOS

A. SOLICITUD DE ESTUDIO O PRÁCTICA

a. El profesional médico que requiera un estudio o práctica de alta complejidad deberá completar la "Planilla de Denuncia - Alta Complejidad". La misma podrá adquirirla a través de:

- ✓ Página web del IOMA - www.ioma.gba.gov.ar;
- ✓ Delegaciones del IOMA;
- ✓ AME;
- ✓ Prestadores.

b. El profesional deberá completar todos los ítems allí expuestos, con justificación y motivo por el cual solicitó la práctica y enumeración de los exámenes previos que avalan dicha solicitud, anotando el informe o conclusión de esos estudios.

c. Autorización del estudio o la práctica

El afiliado, con la "Planilla de Denuncia - Alta Complejidad" completa y la copia de los informes avalatorios que el médico enumera en el pedido, concurre al prestador. Éste envía la solicitud al IOMA (Centro de Autorizaciones) a través página web, dónde se autoriza el estudio o práctica, se codifica y se devuelve al prestador por la misma vía. En el momento que asiste el paciente al prestador, éste puede otorgar el turno del estudio a partir de las 72 horas del pedido (tiempo requerido para la autorización del IOMA).

B. FACTURACIÓN

a. Gastos y honorarios

Los prestadores deberán presentar en forma separada los honorarios profesionales, de los gastos y material radiactivo, a través de la Entidad Médica, ACLIBA I y FECLIBA, según corresponda.

c. Auditoría y pago

La Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria del IOMA procederá a auditar y fiscalizar la facturación evaluando variables tales como calidad prestacional, justificación del estudio o práctica. Asimismo, en caso de corresponder, efectuará los débitos y completará en el sistema informático de autorizaciones los resultados de los estudios que no son definitorios o son normales. Esto permitirá posteriormente extraer cálculos estadísticos y graficar desvíos o sobreprestaciones que podrán ser generadores de auditorias a los profesionales o centros, e inclusive podrían dar lugar a la aplicación de sanciones.

El pago de la prestación se fiscalizará cotejando en el sistema informático de autorizaciones si los códigos emitidos y los datos personales del profesional actuante y del centro coinciden con lo autorizado.

C. INSTRUCTIVO PARA PRESTADORES

a. La inscripción de nuevos aparatos se hará de manera cuatrimestral (enero – abril – julio – octubre), quedando a consideración de la Obra Social su incorporación o no, en base al análisis de las siguientes variables: mapa prestacional existente, población a cubrir, tasa de uso, etc.

b. Los recursos humanos seguirán ingresando en forma mensual y se presentarán al IOMA hasta el día 5 de cada mes, siendo ésta quien autorizará la utilización de la aparatología para la que fue inscripta.

c. El prestador deberá solicitar la adhesión al sistema a través del programa que se puede bajar de la página web del IOMA (www.ioma.gba.gov.ar) o acceder al mismo mediante soporte magnético y, una vez completos los datos solicitados en el mismo, imprimir la hoja, firmarla por los profesionales responsables y entregarla junto con el soporte magnético que genera el programa en la entidad de primer nivel de atención médica correspondiente, la que a su vez lo entregará al IOMA en su Sede

Central ubicada en la calle 46 Nº 886 de la ciudad de La Plata, en las oficinas de la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria. Esta Dirección entregará la clave personal de acceso al sistema para el médico prestador (una vez obtenida la clave de acceso al sistema, el prestador quedará habilitado a utilizarlo). Este paso deberá realizarse por única vez o cada vez que se produzcan modificaciones de datos.

d. El profesional solicitante deberá completar la "Planilla de Denuncia - Alta Complejidad" de conformidad con lo establecido en el presente anexo.

El prestador deberá solicitar al afiliado del IOMA la planilla de "Denuncia - Alta Complejidad", copia de los estudios avalatorios (informes), y DNI. Asimismo, deberá requerirse credencial actualizada o constancia de pago de afiliación voluntaria del mes en curso, según corresponda. Los beneficiarios de convenios de reciprocidad deberán presentar credencial actualizada o carta de autorización provisoria, según corresponda, y Documento de Identidad.

El prestador deberá ingresar en la página web del IOMA y con el botón "Autorizaciones de Estudios de Alta Complejidad" ingresará al sistema.

El sistema solicitará al prestador la clave personal entregada oportunamente y, una vez aceptada, ingresará en el sector "Pedido de Estudios de Alta Complejidad" donde se abre la planilla "Denuncia - Alta Complejidad" que debe completarse transcribiendo lo enumerado por el médico. Posteriormente eligiendo la opción "Aceptar / enviar" se remite automáticamente la solicitud al IOMA, pudiendo proceder al llenado de otra solicitud si fuese necesario.

Simultáneamente puede otorgarse un turno condicional al paciente a partir de las 72 horas (tiempo máximo que puede demorar en recibir la respuesta).

D. RECEPCIÓN DE RESPUESTAS POR PARTE DE LOS PRESTADORES

El prestador ingresará al sistema, sector "Recepción de autorizaciones", donde visualizará un listado de las solicitudes devueltas por el IOMA, ordenado por fecha y nombre del afiliado. Clikeando una de ellas se desplegará la segunda hoja de la planilla de "Denuncia - Alta Complejidad" con la respuesta, pudiendo suceder 3 eventualidades:

1-La solicitud se encuentra "autorizada", con el código de autorización correspondiente. En este caso deberá completarse el ítem "Datos del profesional que realiza la práctica" que aparece al final de la página, con los datos correspondientes al profesional que realizará el estudio. Con el botón "imprimir y enviar" se imprime esta segunda hoja que deberá ser adjuntada a la planilla de denuncia original para su facturación.

En el caso de no conocer los datos del profesional que realizará la práctica o no desear completar la planilla en ese momento puede completarse dentro de un plazo de 30 días, dado que es el tiempo que la misma permanece en el sistema.

Para completar los datos del profesional que realizará la práctica, podrá ingresar nuevamente a la planilla del afiliado correspondiente y cargar los datos. Luego deberá clikear el botón "imprimir y enviar".

El sistema marca el dato ya cumplimentado y habilita a pasar al próximo.

2. La solicitud se encuentra "observada" y en el casillero de observaciones aparecen los motivos, requisitos faltantes o dudas del auditor, que deberán ser cumplimentados por el médico solicitante o personal administrativo según corresponda, para lo cual se imprime la hoja de observaciones y se entrega al médico directamente o a través del afiliado (botón "Imprimir"). Cuando se cumplimentó lo requerido por el profesional se transcribe lo informado en la planilla y se reenvía (botón "reenviar"), que será respondido en un plazo máximo de 72 horas.

3. La solicitud se encuentra "denegada" y en el casillero de observaciones aparece el motivo del rechazo. En este caso, se imprimirá la solicitud y se entregará al médico solicitante directamente o a través del afiliado.

Ante esta situación el profesional podrá solicitar la reconsideración de la solicitud ampliando los motivos justificatorios del estudio, cumplimentando la planilla y reenviándola (botón "reenviar"), pudiendo recibir como respuesta: "autorizada" o "denegada", debiendo proceder para cada caso de la siguiente manera:

a. Si es "autorizada" se procede como en el punto 1.

b. Si es "denegada", en la planilla deberá aparecer la leyenda que indique "Sr. Afiliado concurra a la Delegación del IOMA correspondiente a su domicilio para que un auditor explique los motivos o se contacte con su médico". Imprimir y entregar al afiliado junto con toda la documentación avalatoria.

En casos especiales, una reconsideración denegada puede autorizarse mediante informe del auditor de la delegación local del IOMA. En este caso deberá cambiarse el código de autorización/denegación del sistema, previa comunicación telefónica del auditor local con el centro de autorizaciones y debiendo el afiliado concurrir nuevamente al prestador adjuntando la siguiente documentación: informe del auditor local, planilla y copia de los estudios avalatorios. La segunda hoja con el ítem "datos del profesional que realiza la práctica" ahora podrá ser bajada del sistema por el prestador según la vía habitual.

Cuando una práctica no se realiza o se suspende deberá comunicarse a través del sistema, dando de baja a la solicitud del estudio mediante el botón "anular estudio autorizado".

Cuando no existan servidores de Internet en la zona o por dificultades ajenas no puede utilizarse, podrá enviarse vía fax la planilla de "Denuncia - Alta Complejidad" al teléfono (0221) 429-5996, aclarando en el borde superior número de fax al cual responder.

E. NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS Y VALORES PARA CÓDIGOS 88 PESADOS

El Nomenclador contiene el listado de prácticas de alta complejidad que serán gerenciadas por el IOMA en forma centralizada.

Dichas prácticas incluyen el valor módulo total (VMT), diferenciando honorarios, gastos y material radiactivo (RADIO-F).

Los gastos incluyen todo el material necesario para la realización de la práctica incluyendo, en caso de corresponder, material descartable, agujas de punción, medicación general, anestésica o sustancia de contraste (iónica o no iónica), etc.

Indicación conforme nivel tecnológico instalado:

Los equipos de RMN de alto campo corresponden a aquellos de más de 1 tesla y los de bajo campo corresponden a aquellos de menos de 1 tesla.

Los equipos de TC de cuarta generación corresponden a aquellos tomógrafos helicoidales que realicen prácticas con técnica axial.

F. REGISTRO DE PRESTACIONES

El profesional médico actuante deberá dejar constancia de la consulta realmente efectuada en la historia clínica personal del afiliado.

Requisitos mínimos de la historia clínica: son los detallados en el apartado D del presente Anexo ("De la documentación Clínica").

G. PAGO DE PRESTACIONES

El IOMA cumplimentará el pago de la facturación correspondiente a los 30 días del vencimiento del plazo establecido para la entrega de la misma.

H. PLANILLA DE DENUNCIA DE ALTA COMPLEJIDAD Y BONO DE HONORARIOS MÉDICOS

En la página web del IOMA (www.ioma.gba.gov.ar) se encuentra el instructivo para solicitar prácticas de alta complejidad y se accede a través de la siguiente ruta: Prestadores – Códigos 88 – Instructivo –paso a paso- para solicitud de estudios de alta complejdad

La misma debe ser completada por el médico solicitante en todos sus ítems.

a. Planilla de denuncia de alta complejidad. Primera hoja. Contenido:

- ✓ Datos del paciente y del profesional: deberán completarse todos los campos.
- ✓ Diagnóstico presuntivo o confirmado: el profesional deberá aclarar el o los diagnóstico/s médico/s presuntivos o confirmados que presenta.
- ✓ Práctica solicitada: completar el código y descripción del estudio de acuerdo a lo estipulado en el "Nomenclador de prácticas y montos". Podrá solicitarse hasta 3 estudios por planilla. En caso de requerirse más de 3 prácticas deberá confeccionarse otra planilla de denuncia de alta complejidad.
- ✓ Resumen de historia clínica: detallar resumen de historia clínica y justificación del estudio y/o motivo por el cual se solicita. En caso de requerirse anestesia general deberá solicitarse en este ítem, aclarando los motivos.
- ✓ Exámenes previos relacionados con la solicitud: completar los estudios previos que se realizaron indicando fecha y transcribiendo resumen o conclusión del informe, que avalen lo solicitado. Además deberán ser devueltos al afiliado para que presente copia de los mismos junto con la planilla de Denuncia de Alta Complejidad ante el prestador.

b. Planilla de denuncia de alta complejidad. Segunda hoja. Contenido:

Corresponde a la respuesta enviada por el IOMA al prestador donde se especificará:

- ✓ Nombre de la Institución o persona física que realiza el estudio.
- ✓ Datos personales del paciente y del médico solicitante.
- ✓ Autorización y código correspondiente.
- ✓ Observaciones: en caso de ser rechazada u observada permite comunicar las observaciones que realiza el auditor central, pudiendo ser solicitados los datos faltantes, que se completarán en la sección "respuesta" o justificación de

negativa. El prestador imprime esta hoja y la entrega al médico tratante directamente o a través del afiliado. En el caso que el profesional considere imprescindible la realización del estudio denegado, podrá reconsiderarlo.

- ✓ Reconsideración: el profesional deberá justificar el pedido de reconsideración del estudio, debiendo reenviarla el prestador vía sistema, transcribiendo lo aclarado por el médico.
- ✓ Datos del profesional que realiza la práctica: el prestador deberá completar los datos personales del profesional que realiza e informa el estudio y fecha del mismo. Cuando la práctica está autorizada aparecerá el "bono de honorarios médicos".
- ✓ Firma de conformidad del afiliado y firma y sello del profesional actuante: su falta permitirá el débito.

IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

I. MODELOS DE PLANILLAS

IOMA

PLANILLA DE DENUNCIA – ALTA COMPLEJIDAD

COBERTURA 100 % A CARGO DEL I.O.M.A.

DATOS DEL PACIENTE	**DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE**
Apellido:	Apellido:
Nombres:	Nombres:
Afiliado Nº	Matrícula Prov.:
Edad: Sexo: **F – M**	TE cel.:
Dirección:	T.E. part.:
Localidad:	T.E. consult.:
Teléfono	

Diagnóstico presuntivo o confirmado

.....

.....

PRÁCTICAS SOLICITADAS		
Código	Sub Grupo	***Descripción***

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO O PRÁCTICA SOLICITADA

_____

EXÁMENES PREVIOS RELACIONADOS CON LA SOLICITUD (enumerar con informe y fecha los estudios avalatorios, además se deberá adjuntar copia de los mismos al momento del estudio)

_____

ACLARACIÓN: Los datos consignados en la presente planilla tienen carácter de DECLARACION JURADA.

_____

Firma y Sello del Profesional solicitante

IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

USO EXCLUSIVO I.O.M.A. SEDE CENTRAL

INSTITUCION:.....

DATOS DEL PACIENTE	**DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE**
Apellido:	Apellido:
Nombres:	Nombres:
Afiliado Nº	Matrícula Prov.:
Edad: Sexo: **F – M**	TE cel.:
Dirección:	T.E. part.:
Localidad:	T.E. consult.:
Teléfono	

	Código	***Sub Grupo***	*SI*	*NO*	***Fecha de autorización***	***Fecha de reconsideración***
AUTORIZADO						

Anestesia General **/SI / NO/**

CODIGO DE AUTORIZACION DE LA PRÁCTICA

OBSERVACIONES:.....

.....

RESPUESTA:.....

.....

RECONSIDERACION: Ampliar H.C. y detallar motivo y justificación de la reconsideración planteada.....

PRÁCTICA 100 % A CARGO DEL IOMA.

NO CORRESPONDE COBRO AL AFILIADO BAJO NINGUN CONCEPTO.

Firma de conformidad del afiliado o tercero

IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

BONO DE HONORARIOS MÉDICOS	
DATOS DEL PACIENTE	**DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA PRÁCTICA**
Apellido:	Apellido:
Nombres:	Nombres:
Afiliado Nº	Matrícula Profesional:
Edad: Sexo: F – M	Institución:
	T.E.:

Práctica autorizada:...../
...../
...../

Código de autorización:.....

Fecha de realización de la práctica:.....

PRÁCTICA 100 % A CARGO DEL IOMA.
NO CORRESPONDE COBRO AL AFILIADO BAJO NINGUN CONCEPTO.

_____

_____

Firma de conformidad del afiliado o tercero **Firma y sello del profesional**

J. ADHESIÓN DE PRESTADORES

Las planillas de adhesión han sido desarrolladas teniendo en cuenta el Decreto N° 3280/90, que establece que las prácticas de alta complejidad de autorización centralizada deben ser realizadas en establecimientos asistenciales.

Para la presentación de las planillas se completarán los datos solicitados en el "Programa Códigos 88", que se puede bajar de la página web del IOMA o mediante soporte magnético entregado oportunamente. La planilla deberá imprimirse y será firmada por el/los profesional/es responsable/s (firmar todas las hojas).

Dicha planilla junto con el soporte magnético que genera dicho programa deberá ser presentada en el IOMA, Sede Central, en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria, para obtener su clave personal de acceso al sistema de autorizaciones. Una vez obtenida la clave de acceso al sistema podrá ingresar al mismo. Este paso deberá realizarse por única vez o cada vez que se produzcan modificaciones de datos).

K. INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA PLANILLA DE ADHESIÓN DE PRESTADORES

Este instructivo se encuentra detallado paso por paso en la página web del IOMA (www.ioma.gba.gov.ar) y se accede a través de la siguiente ruta de acceso: Prestadores – Códigos 88 – Instructivo de instalación y carga

A) DATOS DEL PRESTADOR

Completar el nombre comercial del centro, hospital, sanatorio, clínica, etc. que realizará y facturará la práctica. En caso de corresponder a un profesional médico con equipo propio que factura a través de si mismo, completar su nombre, apellido y matrícula provincial.

1. Datos del Establecimiento

Nombre del establecimiento:

Completar el nombre del establecimiento donde se realiza la práctica, pudiendo coincidir o no con la razón social. En caso de corresponder a un consultorio dentro de un establecimiento asistencial se completarán los datos de éste último y, en caso de corresponder a un consultorio particular fuera de un establecimiento, se completará con la leyenda "consultorio particular".

Código de establecimiento:

Cuando se trate de un establecimiento de 2º nivel (Sanatorial), se debe completar con el código correspondiente.

Dirección, localidad, teléfono, e-mail, horario de atención:

Completar los datos del lugar donde se realizan los estudios (establecimiento o consultorio particular).

CUIT e Ingresos brutos:

Completar los datos correspondientes a la razón social citada que presentará la facturación.

Habilitación ministerial, radiofísica, permiso ARN, alta de IOMA:

Completar los datos solicitados si corresponde, ya sea del establecimiento o del profesional.

2. Prácticas que realizan

Completar las prácticas que realiza de acuerdo con el equipamiento que posee.

3. Relación de los servicios prestadores con el establecimiento

a. Propios

Estudio que se realiza con aparatología propia del establecimiento (ya sea un establecimiento asistencial de segundo nivel o un centro de diagnóstico) y que será solicitado y facturado por éste, a través del nombre que figura en la razón social citada.

b. Tercerizado

Estudio que se realiza con equipos que no son del establecimiento, sino que éste presta las instalaciones. En este caso, los estudios serán solicitados y facturados por el servicio tercerizado a través de su razón social (si está autorizado y con alta del IOMA será con el nombre de dicho servicio) o a través de un profesional médico responsable cuyos datos deben figurar en "Razón social" y será quien autorizará y facturará las prácticas.

c. Consultorio

Estudio realizado con equipo propiedad de un profesional que actúa en el consultorio de un establecimiento pero factura por sí mismo, figurando como razón social sus datos particulares, y será quien solicitará y facturará las prácticas.

Aclaraciones:

Si el profesional actúa en un consultorio particular, fuera de un centro o establecimiento, no deberá completar el cuadro "Relación de los servicios prestadores con el establecimiento"

En casos donde dentro de un establecimiento coincidan más de una de las opciones antes citadas (Por ej.: RMN y Medicina Nuclear como tercerizado, TC como equipo propio y ecodoppler como equipo dentro de un consultorio propiedad de un profesional), deberán completar una planilla de adhesión de prestadores el establecimiento por la TC, otra el servicio tercerizado por RMN y MN, y otra el profesional por ecodoppler. Cada uno de los servicios tendrá su código de autorización de estudios de forma individual.

Asimismo, cuando en el cuadro "Relación de los servicios prestadores con el establecimiento" coincidan varias opciones (propio, tercerizado, consultorio) deberá completar en "datos del equipamiento" solo los equipos que pertenezcan a la razón social citada, dado que los restantes serán declarados en las planillas de sus respetivos propietarios.

En caso de un equipo con varios dueños, uno solo será el responsable que completará los datos del prestador con posibilidad de solicitar y facturar prácticas, pero los demás deberán incluirse como recurso humano si realizan e informan estudios, en el apartado específico del formulario.

En el caso que una "razón social" tenga varios equipos en diferentes direcciones deberá completar una planilla por cada dirección y la autorización/facturación será independiente una de otras.

B) RECURSO HUMANO

Completar los datos personales de cada uno de los profesionales que realice y/o informe estudios o prácticas.

C) DATOS DEL EQUIPAMIENTO:

Completar datos técnicos del equipamiento.

Firma de los profesionales: cada uno de los responsables deberá firmar al final o al reverso de cada hoja y tendrá carácter de declaración jurada.

10. PRESTACIONES DEL NOMENCLADOR NACIONAL EXCLUIDAS DEL CONVENIO

Se agrega a continuación una nómina de prestaciones excluidas del convenio.

1. Prestaciones moduladas por segundo nivel o situaciones especiales (cuando el módulo incluye honorarios profesionales)

2. Nomenclador Nacional (prácticas excluidas)

Código	Descripción
02------	OPERACIONES EN APARATO VISION
0201---	OP. ORBITA, GLOBO OCULAR
07------	OP. SISTEMA CARDIOVASCULAR
0701---	OP. CORAZON Y PERICARDIO
070101	SEPTOSTOMIA INTERAURICULAR
070102	SEPTOSTOMIA CON BALON RASHBIND
070103	COLOC. MARCAPASO DEF: ELECT. ENDO
070104	COLOC. MARCAPASO DEF: ELECT. EPIC
070106	CAMBIO GENERADOR MARCAPASO DEF
070106	IMPLANTA. CIRCULAC. ASISTIDA EXT
070107	MANTENIM. CIRCULAC. ASISTIDA EXT
070108	CARDIORRAFIA
070109	PERICARDIOTOMIA
070110	BIOPSIA DE PERICARDIO
070111	PERICARDIOCENTESIS
070112	CATETERISMO CORAZON. COL. MARCAP.
0702---	OP. CARDIOVASCULARES- C. EXTRACOR
070201	T.Q.CARD. CONG. COMPLEJAS: FALLOT
070202	T.Q.CARD. CONG COMPL. C / HIPOTERM
070203	REEMPLAZO DE VALVULA CARDIACA
070204	DOBLE REEMPLAZO VALVULAR CARD.
070205	REEMPLAZO Y PLASTICA VALVULAR

070206	CIERRE DEFECTOS SEPTALES
070207	T.Q ANEURISMAS CAYADO AORTICO
070208	T.Q ANEURISMAS AORTA ASC/ DESC
070209	DERIVACION AORTO CORONARIO
070210	DERIVACION MAMARIO CORONARIA
070211	RESEC. ANEURISMA VENTRIC: UN. INT
070212	RESEC. ANEURISMA VENTRIC: REVASC
0703---	OP. ARTERIAS Y VENAS TORACICAS
070301	CIRUG. GRANDES TRONCOS TORACICO
070302	T.Q. ANEURISMA AORTA TORACICA
0704---	OP. ARTERIAS Y VENAS ABDOMINAL
070401	T.Q. ANEURISMA AORTA ABDOMINAL
070402	CIRUG. RAMAS VISCERAL AORTA ABD
070403	DERIV. AORTO/ ILIACO - FEMORAL UNI
070404	DERIVACION AORTO BIFEMORAL
070405	DERIVACION AORTO ILIACO
070406	OTRAS DERIV. ARTERIALES ABDOM
070408	CIRUGIA DE LA VENA CAVA
070409	COLOCACION FILTRO MOBIN - UDDIN
0705---	OP. ARTERIAS Y VENAS DEL CUELLO
070501	CIRUG. ARTERIA CAROTIDA / VERTEBR
070503	GLOMECTOMIA
0706----	OP. ARTERIAS Y VENAS DE MIEMBRO

070603	DERIVAC. VASOS PERIFER: INJ. VENO
070604	DERIVAC. VASOS PERIFER: INJ. SINT
0707---	PROC. ANGIO - CARDIORRADIOLOGICOS
070701	CATETERISMO CORAZON - DIAGNOSTIC
070702	CARDIOGRAFIA - ANGIOCARDIOGRAFIA
070703	CORONARIOGRAFIA SELECTIVA
10------	OP. AP. URINARIO / GENIT. MASCULINO
1001---	OPERACIONES EN RIÑON Y URETER
100105	CIRUGIA VASCULORRENAL DE RIÑON
100106	TRANSPLANTE RENAL
27-------	NEFROLOGÍA
270101	HEMODIALISIS EN INSUF. RENAL AG
270102	HEMODIALISIS EN INSUF. RENAL CR
270103	DIALISIS PERITONEAL
34------	RADIOLOGÍA
340801	CONTROL RAD. COL. MARCAPASO TRAN
340802	CONTROL RAD. COL. MARCAPASO DEFI
340803	CONTROL RAD. CATETERISMO DER / IZ
340804	CARDIOGRAFIA / ANGIOCARDIOGRAFIA
340805	CORONARIOGRAFIA
340806	INV. FÍSTULAS VASCULARES PULMON
340807	PANARTERIOGRAFIA CAYADO AORTIC
35-------	TERAPIA RADIANTE

350101	ROENTGENOTERAPIA SUPERF / PROFUN
350102	TELECOBALTERAPIA
350201	RADIUM – TERAPIA HASTA 1000 mg / H
350202	RADIUM – TERAPIA C/ 1000 mg / H EXC
350203	ALQUILER DEL RADIUM
43-------	PRESTACIONES SANATO / ENFERMERIA
430201	CURACIONES
430202	CURACIONES QUEMADOS
430301	INYECCIONES CÓNSUL. EXTER x APLIC
430401	NEBULIZACION C / NEBULIZADOR
430402	NEBULIZACION C / RESPIRADOR
44-------	UNIDAD CORONARIA / RESPIR. MOVIL
440101	UNIDAD CORON / RESP. MOVIL x HORA

ANEXO 4

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La ENTIDAD deberá brindar las prestaciones acordadas en los Programas Preventivos vigentes y los que en un futuro se acuerden.

Asimismo deberá remitir la información que el IOMA requiera para facilitar el análisis crítico del relevamiento epidemiológico de la población bajo programa.

Con el objeto de realizar estudios estadísticos correspondientes a los programas mencionados, la ENTIDAD deberá remitir mensualmente en soporte magnético el consumo de Consultas y Prácticas de los siguientes rangos etáreos:

PROGRAMA MAMI: Nómina de afiliados entre 0 y 1 año y entre 2 a 11 años.

PROGRAMA 12-20: Idem de 12 a 20 años

PROGRAMA SER: Idem de 14 a 75 años. Sexo femenino.

PROGRAMA COLORRECTAL: Idem de 50 a 75. Ambos sexos.

Información de prácticas específicas requeridas por programa

1- Programa Colorrectal (Resolución Nº 3136/15)

Con el objetivo de obtener cantidad de colonoscopías e histopatologías con resultados, con nominalización de la población bajo el diagnóstico de Tamizaje por CCR, las entidades deberán remitir un soporte magnético al IOMA, en forma mensual con los siguientes datos: (Datos según planilla adjunta).

-Nombre y Apellido del afiliado

-Número de afiliado

-Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa

-Localidad: carga por tabla de referencia

-Teléfono/celular de contacto

-Correo electrónico

-Material remitido: carga por tabla de referencia

-Diagnóstico: carga por tabla de referencia

-Fecha de realización: dd/mm/aaaa

-Nombre y Apellido y matrícula del patólogo

La práctica de Videocolonoscopía cuando sea indicada en el marco del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal, (88.02.20), será abonada por prestación y por fuera de la cápita, y se le aplicará un 15 % de aumento sobre el valor del Honorario Médico.

2- Programa Más Cerca (Resolución Nº 2794/15)

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA en soporte magnético, todas las consultas y prácticas que fueron realizadas por los afiliados con las patologías abajo listadas, con el objetivo de disponer de la información de consumo del Primer Nivel de Atención de los afiliados bajo programa.

- Esclerosis Múltiple;
- Esclerosis Lateral Amiotrófica;
- Fibrosis Quística;
- Enfermedad de Gaucher;
- Psoriasis Severa Generalizada.

3- Programa Ser (Resolución Nº 3541/15)

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA, en soporte magnético, todas las consultas y prácticas que fueron realizadas por las afiliadas comprendidas entre 14 y 75 años.

Para la correcta evaluación y seguimiento del programa se solicita el envío en formato digital de las siguientes prácticas nominalizadas con resultados:

- Papanicolau (Cód. 150106);
- Colposcopías (Cód. 220101);
- Biopsias de cuello uterino (Cód. 110215);
- Conizaciones, (Cód. 110213);
- Escisiones con leeps (Tte Excep);
- Histerectomías (Cód. 110203);
- Operación de Whertein Meigs (Cód. 110201);
- Exanteraciones, (Cód. 110202);
- Biopsias mamarias, (Cód. 060111);
- Mammotomme (Cod. 88.18.13);
- Cuadrantectomías, (Cód. 060109);
- Mastectomías radicales (Cód. 060101);
- Mastectomías subradicales (Cód. 060102);
- Linfadenectomías selectivas o Ganglio centinela (Tte Excep.);
- Linfadenectomías totales. (Cód. 090101- 090102);
- Mamografía (Cód.340601) prolongación axilar (Cód. 340602);
- Ecografía mamaria (Cód 18.01.06);
- Resonancia Nuclear Magnética mamaria (Cód 88. 46.06);
- Ecografía ginecológica (Cód. 18.01.04);

- Ecografía endovaginal (Cód.88.18.07).

4- Programa Mami (Resolución Nº 3512/15)

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA, en soporte magnético, todas las consultas y prácticas nominalizadas con resultados que fueron realizadas por las afiliadas embarazadas o con niños/as hasta los 12 años.

Monitoreo fetal anteparto (Cód. 22 02 02)

Ecografía Obstétrica (Cód. 18 0104)

Ecografía doppler color Obstétrico (Cód. 88.18.42)

Otoemisiones acústicas (bono Programa MAMI)

Ecografía de caderas Recién Nacido (Cód 88.18.0)

Ficha Pediátrica (s/resolución)

5- Programa Renal: (Resolución 8160/11)

Remisión mensual de las ecografías renales con 100% de cobertura para los afiliados bajo programa.

DETALLE PROGRAMAS PREVENTIVOS

PROGRAMA "SER" DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Introducción

La implementación por parte del IOMA del Programa de Salud Sexual y Reproductiva tiene como objetivo fundamental garantizar el acceso de la población a la información sobre salud sexual y reproductiva, asegurar acciones de prevención y diagnóstico temprano y oportuno de las enfermedades oncológicas y de transmisión sexual.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva, implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un Parto seguro, sin riesgos y criar niños saludables.

Surge como objetivo fundamental del programa el derecho de las personas a poder conocer, identificar, elegir y discriminar los distintos métodos de control de la fertilidad existentes, naturales o artificiales, asegurando la igualdad de oportunidades en el ejercicio de la libertad personal, de manera que a través del programa se incluya la realización de análisis, exámenes complementarios, prácticas médicas, información, asesoramiento, registro de historias clínicas, prescripción y provisión de fármacos y todo otro elemento necesario para el cumplimiento del mismo, como así también se incluirán prestaciones para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Así también la detección precoz de enfermedades como cáncer de vulva, cérvix uterino, útero, anexos y cáncer mamario.

A los fines, se articularán y promoverán, a partir de una planificación que tome como modelo a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, acciones que asistan a la persona desde el momento de la concepción.

Serán obligaciones del profesional Médico interviniente, con relación a la demanda de métodos conceptivos y anticonceptivos por parte de las beneficiarias, las siguientes:

a) Realizar los estudios previos que corresponden a la prescripción.

b) Informar a las beneficiarias de manera completa, incluyendo los efectos colaterales que pueda producir cada indicación tanto a cortó como al largo plazo.

La información será clara, suficiente, adecuada y con lenguaje acorde a las condiciones personales del beneficiario, con relación a las ventajas o desventajas de cada método, en forma previa al suministro, diferenciando los métodos naturales,- entendiendo por tales a aquellos vinculados con la abstinencia periódica- de los no naturales. Se promoverá en particular el uso de preservativos como método de prevención de las enfermedades de trasmisión sexual (E.T.S.)

c) Respetar los criterios o convicciones de los destinatarios en la prescripción una vez que han sido informados, salvo contraindicación médica específica.

d) En el caso de optar, el beneficiario por un método no natural deberá restringir la indicación a alguno de los incluidos en el listado de métodos no abortivos transitorios y reversibles que al efecto elabora el ANMAT.

e) Efectuar el seguimiento de la beneficiaria con posterioridad al método elegido.

f) Se respetará el derecho de los profesionales a ser objetor de conciencia los que serán exceptuados de su participación de este programa. Esta situación deberá ser informada a los Directivos del Establecimiento en que se desempeñen, y a las personas que soliciten su desempeño profesional, a efectos de procederse, con miras al cumplimiento del presente Programa, a su reemplazo por otro. Los centros asistenciales deberán garantizar la implementación del Programa, realizando la derivación a otro profesional o servicio.

Articulo 6° (Ley 13.066): El Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A) deberá desarrollar un Programa que de cumplimiento a los objetivos establecidos por el artículo 2 de la presente reglamentación, incorporando la cobertura de los métodos previstos en el Programa provincial en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

Objetivos del Programa

Objetivos Generales

Desarrollar un programa para el diagnóstico precoz del cáncer genito-mamario, y de las enfermedades de transmisión sexual.

Asegurar el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, y la posibilidad de poder regular la fecundidad.

Posibilitar la instrumentación de actividades y la organización adecuada de los recursos, facilitando la unificación de pautas y respuestas más adecuadas para disminuir las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) sobre la base de los conocimientos científicos y avances tecnológicos.

Garantizar el acceso a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

Objetivos específicos

Promocionar el control ginecológico como mecanismo de acción preventivo de la mujer

Promover la reflexión sobre la salud reproductiva, la procreación responsable y la prevención de enfermedades de transmisión sexuales.

Garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección.

Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.

Difundir la información relacionada con la prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Contribuir a la prevención, al diagnóstico temprano de las enfermedades de transmisión sexual y patología genito-mamaria.

Detectar precozmente el cáncer de útero y de mama.

Brindar información respecto de las edades y los intervalos íntergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.

Contribuir a la prevención del embarazo no deseado.

Ejes del Programa

Sensibilización

Pretende plantear las bases teóricas y operativas de un nuevo modelo que combine, entre otras características, la calidad, la equidad y la eficiencia.

Capacitación-supervisión

El modelo de atención y organización propuesto requiere la adecuación de los roles, funciones y prácticas de los recursos humanos, así como la implementación de mecanismos de supervisión capacitada que brinde apoyo permanente al equipo de salud para alcanzar las metas propuestas.

Comunicación social

Los medios de comunicación gráficos, audiovisuales y radiales, constituyen un recurso esencial para la difusión de mensajes de promoción y protección de la salud y la instalación del debate de diversos temas relacionados con las condiciones de vida y conductas de riesgo en la población, así como también la orientación de la demanda para un uso racional de los servicios.

Relevamiento

Registro de datos estadísticos-epidemiológicos y evaluación periódica del programa contemplando estrategias de vigilancia epidemiológica

Acciones que garantizan la implementación del Programa

a) Informar en forma completa y adecuada, brindando asesoramiento personalizado sobre métodos anticonceptivos, su efectividad y contraindicaciones, así como su correcta utilización para cada caso particular a través del profesional interviniente.

b) Todos los estudios necesarios previos a la prescripción del método anticonceptivo elegido y los controles de seguimiento que requiera dicho método.

c) Prescripción y provisión de los métodos anticonceptivos, que en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio y aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación, y por lo tanto no abortivos; elegidos voluntariamente por las beneficiarias luego de recibir información completa y adecuada por parte del profesional interviniente.

e) Informar sobre el uso del preservativo como único método anticonceptivo que al mismo tiempo previene de la infección por VIH y del resto de las enfermedades de transmisión sexual.

f) Implementar mecanismos de información, registro, seguimiento y monitoreo permanente sobre las acciones establecidas en el presente Programa, con evaluación periódica de las prestaciones brindadas.

Prestaciones incluidas

- **Consultas médicas:** para examen clínico, prescripción de estudios complementarios, información, educación y prescripción de métodos anticonceptivos.
- **Métodos complementarios de estudio:** para prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, Oncológicas (cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, etc.) previas y posteriores a la utilización del método anticonceptivo elegido.
- **Provisión de métodos anticonceptivos**: Cobertura del 100% en anticonceptivos orales e inyectables según listado del Capítulo 5. Cobertura del 100% en colocación y provisión de DIU, bajo el Código 88.11.02 del Nomenclador Nacional.

Alcance del Programa

Se conformará un padrón de afiliadas entre los 14-75 años de edad a partir de la carga en sistema del Papanicolau (por el especialista en Patología) o la Mamografía (por el especialista en Diagnostico por Imágenes), considerando que en dicho momento se realiza el control ginecológico, fin primordial del Programa.

Del mencionado registro, el rango etáreo 14-50 conformará un padrón para la correspondiente validación por las farmacias de las recetas de anticonceptivos. La permanencia de la afiliada en dicho padrón será de un año calendario a partir de la realización del PAP-MAMO y permitirá el retiro de 13 envases de Anticonceptivos hormonales.

Los métodos anticonceptivos hormonales se entregarán ante la presentación del formulario-recetario de medicamentos crónicos en las farmacias adheridas al IOMA.

En el caso de la colocación y provisión del Dispositivo Intrauterino (Cód.11.02.17) el profesional deberá realizar la indicación y el afiliado concurrirá a la Delegación mas cercana a su domicilio donde se le proveerá la chequera de provisión y colocación de DIU. La Delegación deberá cargarla en el sistema SER

Estudios incluidos

1 - Papanicolaou

1 -Colposcopía

1 -Ecografía Ginecológica

1 -Orden de Práctica de Laboratorio:

En pacientes menores de 50 años:

- Hemograma completo
- Glucemia basal
- Hepatograma completo
- VDRL
- HIV
- Hepatitis B (Hbs Ag.)
- Coagulograma

En pacientes mayores de 50 años:

- Hemograma completo
- Glucemia basal
- Hepatograma completo
- HIV
- Perfil lipídico
- Creatinina

- Orina Completa

Los pedidos serán realizados en un formulario **(Rp)**, el cual será provisto por las entidades intermedias.

Métodos Anticonceptivos

- **Colocación y Provisión de Diu** (Bono de práctica con la Provisión y Colocación de Diu) + Ecografía Ginecológica de control de DIU
- **Anticonceptivos Hormonales**

1.- Anticonceptivos orales (13 envases)

2.- Anticonceptivos inyectables (13 envases)

Desarrollo del Programa

Primera consulta

- Anamnesis e información
- Referencia y contrarreferencia – médico paciente
- Examen tocoginecológico. Examen mamario
- Solicitud de exámenes complementarios:

PAP

Colposcopía

Ecografía ginecológica

Mamografía (según edad de la paciente)

Laboratorio.

Segunda consulta

Estudio y evaluación de resultados previamente solicitados e indicación del método anticonceptivo si correspondiera.

Colocación y provisión del DIU: será facturado a IOMA a través de los Círculos Médicos por medio de una orden de práctica (que se encuentra incluida en la chequera), dado que esta prestación está contemplada en el código 88.11.02 del Nomenclador Nacional. El bono correspondiente para poder ser liquidado y abonado deberá tener adjuntado la identificación (troquel) del DIU que fue colocado.

Indicación de anticonceptivos orales o inyectables: se hará por medio de las recetas de crónicos que le fueron proporcionadas por el Círculo Médico al profesional.

Tercer consulta de control (al mes en caso de optar por D.I.U., a los seis meses en caso de A.C.O.)

Ante la situación de cambio de tipo de método anticonceptivo mediante la indicación por el profesional, el afiliado concurrirá a la Delegación más cercana a su domicilio donde se le proveerá una chequera de provisión y colocación de DIU con la cual realizara la práctica y facturara el profesional interviniente.

Toda patología detectada por examen clínico y por estudios complementarios en cualquiera de las etapas que están incluidas en el programa se tratará y resolverá según normas actuales de cobertura de la obra social.

Se suministrará de acuerdo a normativas del programa, a demanda de las beneficiarias y sobre la indicación profesional, los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.

Con respecto a menores de edad, se transcribe el Art. 3° del anexo de la reglamentación de la Ley 13.066 que dice:

Art. 3°: "A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, se lo considera al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud

y dentro de ella de las políticas de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna, manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos se favorecerá la prescripción de métodos de barrera, particularmente el preservativo, a los fines de prevenir enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Sólo previa evaluación clínica por parte del profesional, se podrá prescribir además otro tipo de método. En este último supuesto, las personas menores de 14 años deberán contar con el consentimiento expreso de los padres o adulto responsable.

Quedan incluidas en los alcances del presente Programa, las personas que padezcan de discapacidad mental internadas en establecimientos psiquiátricos o externadas. En ese caso será necesario el consentimiento de curador o representante legal."

Cobertura en anticonceptivos

1-Anticonceptivos hormonales Orales

Combinados continuos

Bifásicos

- Etinilestradiol 0,030 mg + Desogestrel 0,150 mg
- Etinilestradiol 0,020 mg + Desogestrel 0,150 mg
- Etinilestradiol 0,020 mg + Gestodeno 0,075 mg
- Etinilestradiol 0,030 mg. + Gestodeno 0,060 mg.
- Etinilestradiol 0,015 mg + Gestodeno 0,075 mg.
- Etinilestradiol 0,030 mg + Norgestimato 0,250 mg
- Etinilestradiol 0,050 mg + Acetato de Noretindrona 2,5 mg
- Etinilestradiol 0,020 mg + Levonorgestrel 0,100 mg.

- Etinilestradiol 0,035 mg + Levonorgestrel 0,150mg.
- Etinilestradiol 0,050 mg + Levonorgestrel 0,250mg
- Etinilestradiol 0.03 mg + Drospirenona 3 mg.
- Etinilestradiol 0.02mg + Drospirenona 3 mg.

Trifásicos

- Etinilestradiol 0,030-0,04-0,03 mg +Gestodeno 0,05-0,07-0,1 mg
- Etinilestradiol 0,03-0,04-0,03 mg + Levonorgestrel 0,05-0,075-0,125 mg
- Etinilestradiol 0,035-0,035-0,035 mg + Norgestimato 0,180-0,215-0,250 mg

Lactancia

- Desogestrel 75 mg
- Levonorgestrel 30 mg

2) Inyectables:

Combinados mensuales

- Aceto fénido de Hidroxiprogesterona 150 mg + enantato de estradiol 10 mg
- Enantato de Norestisterona 50 mg +valerianato de estradiol 5mg (Mesigy)

3) Dispositivos intrauterino

- Dispositivos mediados con cobre.

MODELOS: Modelo T TCU – 380 A; TCU – 380 (slimline más delgado) TCU - 200, TCU – 200 B, TCU - 220 C, NOVA – T.

MODELOS: Multiload – 250, Multiload-375.

Colocación y provisión de DIU 100%. Código 88.11.02 del Nomenclador Nacional.

Chequera de colocación y provisión de dispositivo intrauterino

- **Colocación de DIU Nacional** (Bono de práctica con la Provisión y colocación de DIU) + Ecografía ginecológica para control del DIU (posterior a la colocación).

- **De Colocación de DIU a ACO**:

Luego de la extracción o expulsión del Dispositivo, la afiliada deberá concurrir a la Delegación con un Certificado médico solicitando una nueva práctica de Colocación y Provisión de DIU o con receta de crónicos en caso de optar por anticonceptivos.

Colocación de DIU Nacional que contiene el Bono de práctica con la Provisión y colocación de DIU y una ecografía ginecológica para el control posterior a la inserción del dispositivo.

En el caso de cambio de DIU a pastillas se deberá informar a la Unidad de Prevención Y promoción de la Salud los datos filiatorios para incluir a la afiliada en el padrón para validación de anticonceptivos hormonales por la vigencia del control ginecológico realizado.

La permanencia en el Programa tendrá un año de validez, para cualquiera de los métodos renovándose automáticamente al realizarse el nuevo control ginecológico (PAP-Mamografía).

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA, en soporte magnético, todas las consultas y prácticas que fueron realizadas por las afiliadas comprendidas entre 14 y 75 años.

Para la correcta evaluación y seguimiento del programa se solicita el envío en formato digital de las siguientes prácticas nominalizadas con resultados:

Papanicolaou, (Cód. 150106)

Colposcopías (Cód. 220101)

Biopsias de cuello uterino (Cód. 110215)

Conizaciones, (Cód. 110213)

Escisiones con leeps, (Tte. Excep)

Histerectomías, (Cód. 110203)

Operación de Whertein Meigs, (Cód. 110201)

Exanteraciones, (Cód. 110202)

Biopsias mamarias, (Cód. 060111)

Mammotomme, (Cód. 88.18.13)

Cuadrantectomias, (Cód. 060109)

Mastectomías radicales (Cód. 060101)

Mastectomías subradicales (Cód. 060102)

Linfadenectomias selectivas o Ganglio centinela (Tte. Excep.)

Linfadenectomias totales. (Cód. 090101- 090102)

Mamografia (Cód.340601) prolongación axilar (Cód. 340602)

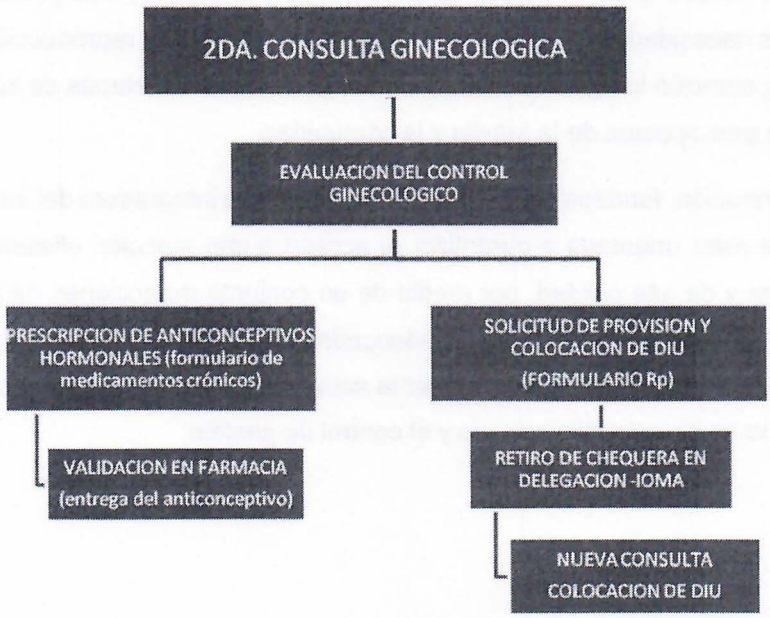
Ecografia mamaria (Cód. 18.01.06)

Resonancia Nuclear Magnética mamaria (Cód. 88 46 06)

Ecografia ginecologica (Cód. 18.0104)

Ecografía endovaginal (Cód. 88.18.07)

CONSULTA GINECOLOGICA
(mujeres 15-75 años)
LABORATORIO
COLPOSCOPIA
PAPANICOLAU Y/O
MAMOGRAFIA (MAYORES DE 35 AÑOS)
ECOGRAFIA
GINECOLOGICA
PROGRAMA SER MENORES
DE 50 AÑOS
PROGRAMA SER MAYORES
DE 50 AÑOS
INGRESO A
PROGRAMA SER
PADRON A FARMALINK
(14 A 50 AÑOS)


2DA. CONSULTA GINECOLOGICA
EVALUACION DEL CONTROL
GINECOLOGICO
PRESCRIPCION DE ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES (formulario de
medicamentos crónicos)
VALIDACION EN FARMACIA
(entrega del anticonceptivo)
SOLICITUD DE PROVISION Y
COLOCACION DE DIU
(FORMULARIO Rp)
RETIRO DE CHEQUERA EN
DELEGACION -IOMA
NUEVA CONSULTA
COLOCACION DE DIU

PROGRAMA MÉDICO ASISTENCIAL MATERNO INFANTIL

MAMI

Fundamentación

Se crea el **Programa MAMI** con el propósito de disminuir la morbimortalidad y mejorar las condiciones de vida de la población maternoinfantil.

La misión asignada lleva implícita la necesidad de ocuparse no sólo de la recuperación de la salud física, sino también, y muy especialmente, de los aspectos preventivos y promocionales, a partir de un enfoque integral que tome en cuenta los determinantes biológicos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales del proceso salud-enfermedad.

El Programa no sólo pretende evitar la enfermedad y la muerte, sino primordialmente satisfacer las necesidades integrales de crecimiento, desarrollo y reproducción humana, a partir de la atención integral de la madre, el niño en todas las etapas de su ciclo vital, con la activa participación de la familia y la comunidad.

Esta transformación, fundada en una concepción amplia e integradora del individuo y su familia, debe estar orientada a garantizar el acceso a una atención eficiente, integral, personalizada y de alta calidad, por medio de un conjunto de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud adecuadas a los diferentes grupos etáreos. El nuevo modelo de atención debe promover la activa participación en la identificación de prioridades, la asignación de recursos y el control de gestión.

Estructura del Programa

Conceptualmente, el Programa MAMI toma el **proceso de crecimiento y desarrollo** como el eje a partir del cual se conciben y articulan todas las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, desde el momento de la concepción hasta la adolescencia. Por esta razón, se han definido etapas vitales que presentan

características, necesidades y problemáticas bien diferenciadas, y que son consideradas desde el criterio de la integralidad.

Objetivos Generales

Disminuir la morbimortalidad materno-infantil de la población afiliada a IOMA mejorando el acceso y la calidad de atención de la salud.

Objetivos Específicos

Promover condiciones óptimas para el inicio de la vida, con especial énfasis en la promoción de la lactancia materna.

Contribuir al crecimiento y desarrollo adecuado e integral de la población infantil entre los 0 y 12 años.

Promover la periodicidad de la consulta en salud correspondiente a cada etapa.

Prevenir enfermedades transmisibles.

Prevenir la anemia ferropénica y raquitismo.

Detectar el Cáncer de cuello uterino en la etapa prenatal.

Diagnosticar precozmente trastornos auditivos y visuales.

Capacitar al equipo de salud en diversos aspectos vinculados al Programa MAMI.

Estrategias de acción

Promover la implementación de un modelo de atención integral, con énfasis en acciones preventivas.

Implementar un sistema de información unificado para el control prenatal, el parto y el puerperio que permita el relevamiento epidemiológico y la evaluación de la calidad prestacional. (Sistema Informático Perinatal - SIP).

Promover los beneficios del parto natural

Fomentar la calidad y calidez de la atención del niño recién nacido, promoviendo prácticas que favorezcan la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida. Monitorear el cumplimiento del código de comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y autorizar la misma bajo estricta indicación médica.

Contribuir a que cada niño crezca y se desarrolle, adecuadamente, para reafirmar su capacidad transformadora de la realidad y la sociedad en la que vive.

Capacitar-supervisar. El modelo de atención y organización propuesto requiere la adecuación de los roles, funciones y prácticas de los recursos humanos, así como la implementación de mecanismos de control que brinde apoyo permanente al equipo de salud para alcanzar las metas propuestas.

Difundir mediante los medios de comunicación gráficos, audiovisuales y radiales, que constituyen un recurso esencial para la difusión de mensajes de promoción y protección de la salud y la instalación del debate de diversos temas relacionados con las condiciones de vida y conductas de riesgo en la población, así como también la orientación de la demanda para un uso racional de los servicios.

El enfoque integral del Programa combina objetivos y estrategias orientadas a disminuir la morbimortalidad materno-infantil; crear las condiciones óptimas que permitan a la mujer atravesar su embarazo en situación ideal y que permitan al niño crecer y desarrollarse plenamente, brindando cobertura integral de salud desde el momento de la concepción y hasta cumplir los doce años de edad.

Prestaciones incluidas

El Programa MAMI es un programa diseñado por IOMA que ofrece cobertura total a la mujer desde la confirmación médica del embarazo hasta la finalización del puerperio y a sus hijos desde el nacimiento hasta cumplir los doce años de edad.

En casos de pacientes que cursen embarazos de alto riesgo o niños que requieran tratamientos específicos, los mismos se cubrirán a través de la autorización según los requisitos vigentes de auditoría y por la vía de trámites de excepción.

El Programa MAMI es un Programa Preventivo pensado para la:

- Disminución de morbimortalidad materno neonatal.
- Estimulación del parto seguro y natural
- Promoción de la periodicidad de la consulta en salud.
- Promoción de la lactancia materna.
- Prevención de enfermedades transmisibles.
- Prevención de la anemia ferropénica y el raquitismo.
- Detección de Toxoplasmosis, Sífilis, Chagas, HIV, Hepatitis B.
- Detección precoz de Cáncer de cuello uterino.
- Detección precoz de la metabolopatías congénitas.
- Detección precoz de la displasia congénita de caderas.
- Prevención y detección precoz de trastornos visuales y auditivos.
- Control odontológico. Consultas odontológicas para embarazadas y preventivas para niños hasta los 12 años de edad.
- Cobertura de medicamentos al 100% en patologías relacionadas con el embarazo y durante el primer año de vida del niño.
- Leches de indicación médica con cobertura del 100% hasta los 6 meses de vida, según indicación médica y auditoria.

El programa se divide en etapas, a cada una de ellas le corresponde una chequera específica que contiene órdenes para la realización de prácticas, recetas y consultas médicas. **Lo que significa un gran beneficio para el afiliado pues no debe recurrir en ninguna instancia al pedido de órdenes, recetarios o cambios de las mismas, mientras transcurre la etapa en la cual está incluido.**

Sirve además como ordenador para la familia del momento ideal para realizar la consulta con su hijo. Esta es la forma segura de realizar promoción y prevención de la salud, tanto en el ámbito médico clínico como en el odontológico.

Las chequeras podrán retirarse en la Delegación o Región correspondiente de acuerdo al domicilio del afiliado, para ello deberá presentar:

- **Credencial actualizada o último comprobante de pago o carta de autorización provisoria, según corresponda.**
- **Documento Nacional de Identidad (DNI).**

Para la entrega de la chequera correspondiente al embarazo, la afiliada deberá acreditar a través de historia clínica el tiempo de gestación y fecha probable de parto.

Para la entrega de la chequera de 0 a 1 año, además de la documentación básica se deberá **presentar carnet del niño o verificación afiliatoria**.

Cada chequera, presenta en su tapa, mensajes para alcanzar una infancia saludable, priorizando las características de cada una de ellas que aseguren la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil.

Chequera Etapa prenatal

La chequera incluye órdenes para:

- 9 (nueve) Consultas médicas.
- 3 (tres) Prácticas de ecografía
- 5 (cinco) Prácticas preimpresas de Laboratorio:
  - 1 (una) práctica primera consulta (Hemograma, glucemia, uremia, grupo y factor sanguíneo y orina completa)
  - 1 (una) Práctica preimpresa de serología (Toxoplasmosis, Chagas, VDRL, HIV, Hepatitis B)
  - 1 (una) práctica ambulatoria laboratorio 24-28 semanas (Hemograma, glucemia pre y postprandial, uricemia, HIV, orina completa)
  - 1 (una) práctica ambulatoria 32-36 semanas (Hemograma, glucemia, uricemia, coagulograma, HIV, VDRL, toxoplasmosis, hepatitis B, orina completa
  - 1 (una) práctica de Urocultivo con antibiograma.

- 2 (dos) Prácticas de PAP
- 3 (tres) Recetas abiertas de 2 ítems cada una
- 3 (tres) Recetas de Acido Fólico 1 mg + hierro
- 3 (tres) Atenciones odontológicas
- 2 (dos) Recetas odontológicas
- 1 (una) Entrevista con el pediatra

Las órdenes de consulta, de práctica o recetarios adicionales deberán ser solicitadas con la presentación de Resumen de Historia Clínica que lo avale en la Delegación o Región correspondiente donde serán autorizadas por el médico auditor.

Con la entrega de la chequera de etapa prenatal se adjuntará el Carnet Perinatal. La misma es la parte ambulatoria de la Historia Clínica Perinatal Base del Sistema Informático Perinatal (SIP), herramienta adoptada por el IOMA (Resolución N° 10807/11) para establecer un sistema de registro que nos permita obtener información acerca de la cantidad y calidad del servicio prestacional otorgado en esta área

Chequera de Atención del Parto y Recién Nacido

Incluye órdenes para:

- 1 (una) Práctica para el obstetra
- 1 (una) Práctica para el anestesiólogo
- 1 (una) Práctica para el ayudante
- 1 (una) Práctica para el pediatra
- 1 (una) Práctica para de laboratorio para detección de metabolopatías congénitas y Grupo Sanguíneo.

Chequera de Atención del puerperio:

Con órdenes para:

- 2 (dos) Consultas médicas.
- 2 (dos) Prácticas para PAP.
- 1 (una) Práctica de Laboratorio para Hemograma.
- 2 (dos) Recetas abiertas de 2 ítems cada una.

Chequera Atención del niño de 0 a 1 año *

Esta chequera incluye órdenes para:

- 11 (once) Consultas médicas ambulatorias
- 1 (una) Consulta oftalmológica
- 9 (nueve) Recetas abiertas de 2 ítems cada una
- 1 (una) Práctica para Ecografía de caderas
- 1 (una) Práctica de otoemisiones acústicas (OEA)
- 1 (una) Práctica de Laboratorio (para 3 análisis)
- 1 (uno) voucher de 5 (cinco) paquetes por 36 unidades de pañales anatómicos, elastizados con gel hasta 6 Kg. de peso.

En esta etapa (de 0 a 1 año) se incluye la **Ficha de Control Pediátrico del niño sano.*

Para realizar una óptima vigilancia con respecto al crecimiento en los primeros años de vida, se deberá proceder al llenado de la Ficha de Control de Atención Pediátrica, logrando datos epidemiológicos que garanticen la prevención de estados nutricionales patológicos, características antropométricas de nuestros afiliados, prevalencia de enfermedades, tipo de alimentación y suplementación de vitaminas y minerales, prevención de hipoacusia, displasia del desarrollo congénito de caderas y alteraciones visuales, con valoración de las pautas madurativas acorde a edad, otorgando relevancia

a la calidad en la atención, entendiendo como factor de importancia el tiempo que requiere la consulta de control de niño sano mensual, durante el primer año de vida con las charlas de puericultura que se debe otorgar a la familia.

Mediante el nuevo patrón de curvas de la OMS, conjuntamente con el llenado de la Ficha de Atención, padres, médicos, y encargados de formular y planear políticas de salud, podrán determinar el estado de nuestra población infantil. La malnutrición o el sobrepeso, así como otras condiciones relacionadas con el crecimiento, podrán entonces detectarse y abordarse en una fase temprana.

Chequera Atención del niño de 1 a 11 años inclusive**

Una chequera por año que incluye órdenes para:

- 3 (tres) consultas pediátricas
- 2 (dos) controles odontológicos
- 1 (uno) control oftalmológico (con la adenda a partir de los 3 años)
- 1 (uno) práctica de Laboratorio (para 3 análisis)

**A partir del año de vida la cobertura de medicamentos será de acuerdo al Formulario terapéutico de IOMA vigente.

Para la obtención en algunas de las etapas de órdenes de consulta, de prácticas o recetarios adicionales, deberán ser solicitadas en la Delegación o Región correspondiente, con la presentación de resumen de Historia Clínica que lo avale, las órdenes adicionales serán autorizadas por el médico auditor de las mismas.

Instructivo para regiones y delegaciones

La Unidad de Prevención y Promoción de la Salud distribuirá las chequeras correspondientes al Programa MAMI, las cuales están numeradas y con número de serie, cargándoselas al sistema de soporte informático correspondiente a cada regional quienes las recepcionarán y distribuirán en las delegaciones a su cargo.

Las chequeras se dividirán para su distribución y rendición de la siguiente manera:

1.- Etapa Prenatal más Carnet Perinatal.

2.- Atención del Parto y recién Nacido.

3.- Atención del Puerperio.

4.- Atención del niño de 0 a 1 años de edad.

5.- Atención del niño de 1 a 12 años de edad.

Los diferentes formularios correspondientes al Programa MAMI se entregarán en las Delegaciones o Región correspondiente, de acuerdo al domicilio (código de partida) del afiliado.

El carnet perinatal se entregará junto con la chequera de la etapa prenatal.

El Delegado entregará la chequera según la etapa que correspondiere, para ello el afiliado deberá presentar:

- **Credencial actualizada, o último recibo de pago o carta de autorización provisoria, según corresponda.**
- **Documento Nacional de Identidad.**

Para la entrega de la chequera correspondiente al embarazo y el Carnet Perinatal, el afiliado deberá acreditar a través de una constancia médica, el tiempo de gestación y fecha probable de Parto.

La carga en la WEB es de suma importancia y deberá ser de manera inmediata a la entrega de chequeras de cualquier etapa del programa. En el caso de Delegaciones que no disponen de conectividad deberá organizarse un sistema de entregas y carga de los datos en planillas o soporte magnético que posteriormente se entregará a la región correspondiente para ser volcado en el sistema en forma **quincenal**. La reposición de las chequeras a la región se realizará luego de la verificación por el sistema de la carga del 80 % de las correspondientes a la etapa solicitada.

IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Flujograma de entrega de chequera Etapa prenatal

Afiliada:

Presentando:

- Carnet IOMA, último pago de afiliación voluntaria o carta de autorización provisoria
- DNI
- Certificado de embarazo

Región o Delegación:

Se le entrega:

- Chequera y Recetarios
- Carnet perinatal
- Se carga en el sistema

Consulta profesional:

Llenado del Carnet perinatal

Inicia Control prenatal

El carnet perinatal queda en manos de la afiliada presentándolo en cada consulta para ser completado.

Flujograma de entrega de chequera 0 a 1 año

Afiliada:

Presentando:

- Carnet de IOMA Titular, último pago de afiliación voluntaria o carta de autorización provisoria, según corresponda.
- DNI del Titular
- Certificado de Nacimiento

Región o Delegación:

Se le entrega:

- Chequera y Recetarios
- Se carga en el sistema

Consulta Profesional:

Inicia los controles de salud

Optativo: *Llenado de ficha pediátrica del control del niño sano mensual.*

Flujograma de entrega de chequeras de las etapas de 1 a 12 años

Afiliada:

Presentando:

- Credencial actualizada, último pago de afiliación voluntaria o carta de autorización provisoria, según corresponda.
- DNI

Región o Delegación:

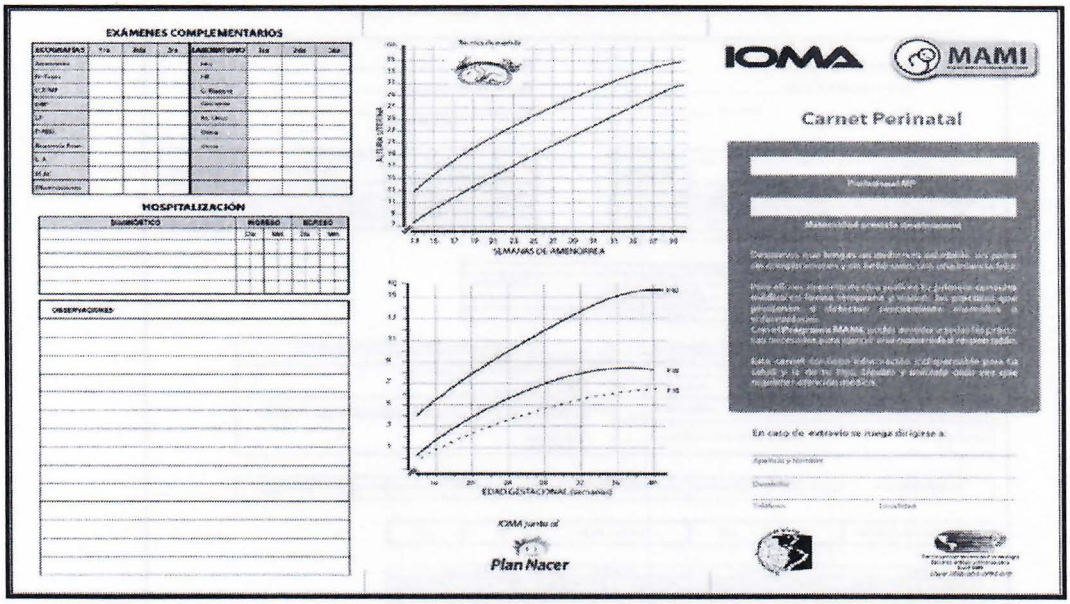
Se le entrega:

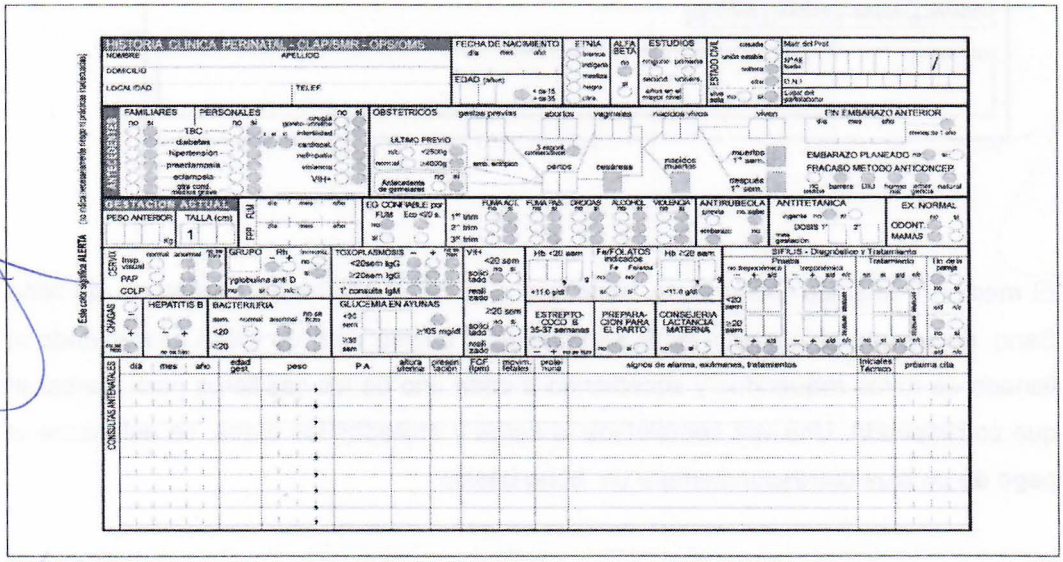
- Chequera de prácticas

Consulta Profesional:

Realiza los controles de salud

Carnet perinatal





Planilla de control pediátrico

IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial
BA

PLANILLA DE CONTROL PEDIATRICO PROGRAMA MAMI

FECHA: ___/___/_____ Nº AFILIADO: _____
TIPO Y NUMERO DOC: _____ FECHA DE NAC: ___/___/_____
PN: _____ (en gramos) APGAR: ___/___ EG: _____ (en semanas)

PESO / E		
DIAGNOSTICO ANTROPOMETRICO	DETALLE	MARCAR
BAJO PESO	(Debajo de -2 DE)	
ALERTA BAJO PESO	(Entre -2 DE y -1,5 DE)	
PESO ADECUADO	(Entre -1,5 DE y 1,5 DE)	
RIESGO SOBREPESO	(Entre 1,5 DE y 2 DE)	
ALTO PESO (OBESIDAD)	(Arriba de 2 DE)	

TALLA / E		
DIAGNOSTICO ANTROPOMETRICO	DETALLE	MARCAR
BAJA TALLA	(Debajo de -2 DE)	
ALERTA BAJA TALLA	(Entre -2 DE y -1,5 DE)	
TALLA ADECUADA	(Entre -1,5 DE y 2 DE)	
ALTA TALLA	(Arriba de 2 DE)	

PERIMETRO CEFALICO / E		
DIAGNOSTICO ANTROPOMETRICO	DETALLE	MARCAR
DISMINUIDO (MICROCEFALIA)	(Debajo de -2 DE)	
ADECUADO	(Entre -2 DE y 2 DE)	
AUMENTADO (MACROCEFALIA)	(Arriba de 2 DE)	

OBSERVACIÓN DEL NIÑO DURANTE LA CONSULTA	
MIRA A LOS OJOS: ___ SE CONECTA:___ ESTÁ ATENTO:___	
ACTITUD PASIVA:___ INQUIETO:___	
ESQUIVA LA MIRADA:___ IRRITABLE:___	
LLANTO:___ RESPONDE A CONSIGNAS:___	

VALORACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL
DESARROLLO MOTOR:
ACTITUD DURANTE LOS CUIDADOS
COMIDAS:
BAÑO Y VESTIMENTA:
CONTROL DE ESFINTERES:
DESARROLLO INTELECTUAL - COORDINACION Y JUEGO
VOCALIZACIÓN Y PALABRAS:
REACCION:
INICIATIVA:

ALIMENTACION	MATERNA	FORMULA	MIXTA	SEMISOLIDOS	
				SI	NO

SULFATO FERROSO	SI	NO	VITAM. ACD	SI	NO

FEI		VACUNAS		OEA OD		OEA OI	
NORMAL	ANORMAL	COMPL.	INCOMPL.	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL

ECO. CADERAS		FONDO DE OJO	
NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL

Observaciones:

El médico Pediátrico Generalista, accederá a la Ficha de Control pediátrico del Niño Sano, desplegando la misma en la pantalla de la página Web de IOMA procediendo al llenado de datos requeridos y accediendo a cada uno de los casilleros para marcar el que corresponda. Una vez completada la carga y enviados los datos, se autorizará el pago de un plus correspondiente a un bono básico.

Normativas para fórmulas lácteas

a) Fórmulas lácteas para lactantes.

Capítulo 25 (01.04.01.) FTP presentación polvo.

Podrán autorizarse hasta 8 Kg. en el período hasta los 6 meses de vida. (Según cobertura: 100% o ponderado)

Se autoriza en Delegación con Historia Clínica que consigne: peso de nacimiento, peso actual e indicación médica de alimentación complementaria.

• Trámite descentralizado

• Registro de consumo mensual

• Cobertura 100%

b) Fórmulas lácteas para prematuros y recién nacidos de bajo peso.

Capítulo 25 (01.06.01.) FTP

Se autoriza en Delegación con Historia Clínica que consigne: peso de nacimiento, peso actual, diagnóstico, evolución pondo/estatural con la alimentación complementaria solicitada.

• Trámite descentralizado

• Registro de consumo

• Cobertura 100%

c) Fórmulas lácteas medicamentosas

Capítulo 25 (01.01.01. - 01.02.01. - 01.03.01.)

Se autoriza en Central con:

- Trámite de autorización central

• Historia clínica que consigne: diagnóstico etiológico, evolución pondo estatural, tiempo estimado de tratamiento, cantidad estimada de consumo por mes y estudios complementarios

d) Podrán autorizarse Fórmulas lácteas

Capítulo 25 (01.04.01.)

Presentación Polvo, con diagnóstico de realimentación en la gastroenteritis, por período acotado al evento agudo.

Se autoriza en Delegación con Historia clínica que consigne: Diagnóstico etiológico, peso, tiempo estimado de tratamiento y consumo.

• Trámite descentralizado

• Registro de consumo

• Tope 1000 gr. Por receta y hasta dos recetas.

• Tope de edad 18 meses

• Cobertura 100%.

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA, en soporte magnético, todas las consultas y prácticas nominalizadas con resultados que fueron realizadas por las afiliadas embarazadas o con niños/as hasta los 12 años.

Monitoreo fetal anteparto (Cód. 22 02 02)

Ecografía Obstétrica (Cód. 18 0104)

Ecografía doppler color Obstétrico (Cód. 88.18.42)

Otoemisiones acústicas (bono Programa MAMI)

Ecografía de caderas Recien Nacido (Cód. 88.18.03)

Ficha Pediatrica (s/resolución)

PROGRAMA + CERCA

Introducción

El concepto de Enfermedades poco frecuentes supone aquellos procesos que pueden ser mortales o provocar un debilitamiento crónico del paciente y que, debido a su escasa Prevalencia, requieren esfuerzos combinados para tratarlas. A título indicativo, se considera una prevalencia escasa cuando es inferior a 5 casos por 10.000 personas en la Comunidad.

Necesitan una atención socio sanitaria compleja y habitualmente más onerosas que las enfermedades crónicas. Por lo expuesto las Enfermedades poco frecuentes se presentan como un universo que requiere un nuevo enfoque socio sanitario por parte de los sistemas de Salud.

El interés del hombre por las enfermedades es tan antiguo como la Historia de la Humanidad, sin embargo por motivos socioeconómicos, el objetivo de las diferentes sociedades ha sido atender prioritariamente los problemas relacionados con las enfermedades más comunes o prevalentes. Actualmente en los países occidentales la atención se centra en solucionar los problemas que generan las Enfermedades Crónicas, que adquieren una mayor relevancia con la Consolidación del Estado de Bienestar, el progresivo aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población.

Ante éste panorama, y con el nuevo escenario que supone la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las personas en situación de Dependencia se hace evidente que el enfoque socio sanitario que requieren éstas enfermedades deberá hacer frente de forma integral y coherente a las necesidades de éste colectivo desfavorecido.

El IOMA, desde la **Unidad de Prevención y Promoción de la Salud**, plantea la necesidad de hacer el pasaje de Área a Programa **+ CERCA**, considerando que las Patologías incluidas en su padrón adquieren el carácter de Enfermedades poco frecuentes:

ESCLEROSIS MULTIPLE

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

FIBROSIS QUISTICA

ENFERMEDAD DE GAUCHER

PSORIASIS SEVERA GENERALIZADA

ENFERMEDAD DE NIEMANN PICK

A éstos afiliados se los debe entender en un marco holístico. El paciente tiene que aprender a vivir con su dolencia crónica, adaptándose a su enfermedad para lograr el máximo de autonomía posible en su nueva situación. Este es el reto del siglo XXI para el paciente crónico que supone un cambio de actitud en él para lograr una vida normal. Por tanto más que de un enfermo, se trataría de una persona con una Salud Diferenciada y que tras incorporar algunos cambios en su vida cotidiana se distinguiría de los no enfermos en la observación de sus síntomas y en la realización de controles médicos periódicos.

Si bien entendemos que éstas no son las únicas patologías que requieren de tan atención, pero estamos convencidos que fue necesario establecer un recorte si se quiere arbitrario, que hiciera factible de aplicación la metodología de trabajo que caracteriza al **Programa + CERCA**.

Este es un Programa destinado a un grupo específico de afiliados del IOMA con Patologías

Crónicas Complejas (poco frecuentes), de baja incidencia y alto costo financiero, que sostiene como ideología a un Sujeto – Afiliado PRO-ACTIVO.

La mayor parte de los llamados que un integrante del equipo **Más cerca** recibe, tiene una elevada carga de ansiedad, por lo cual se intenta brindar una **escucha atenta y comprometida** como así también una respuesta integral a fin de acotar la angustia.

Objetivos del programa

Objetivos generales

Acompañar a lo largo de la enfermedad.

Objetivos específicos

Orientar en los procesos administrativos.

Asesorar respecto de las coberturas y prestadores de la obra social.

Contener en el proceso de la enfermedad.

RECURSO HUMANO

El Programa se encuentra conformado por Licenciadas en Psicología, Psicóloga Social, Asistente Social, y personal administrativo; distribuidas en un Equipo de Contacto, un Equipo de Seguimiento de trámites y un Equipo de carga de Datos para la estadística, los cuales trabajan interaccionando entre ellos a fin de lograr una mirada integral del afiliado – enfermo y así proveerles de una mejor calidad de atención.

Metodología de trabajo

Entrevista telefónica:

Empadronamiento del Afiliado

A partir del momento que el área toma conocimiento de la existencia de un afiliado de la obra social IOMA portador de algunas de las patologías comprendidas en el **MAS CERCA**, ya sea a través de la región / delegación de IOMA, por derivación del médico tratante, o por iniciativa y acercamiento del afiliado, se realiza el **primer contacto**, generalmente telefónico, que nos permite completar la **FICHA DE CONTACTO**. La misma se confecciona con información de carácter relevante para el área a saber:

-Datos Personales

-Datos Afiliatorios

-Datos referidos a la Patología en cuestión

-Ficha en la cuál se toma registro del seguimiento de los trámites que el afiliado inicia a lo largo del proceso de su enfermedad con posterior vuelco al sistema informático.

EVALUACION DEL PROGRAMA

Se realizará la evaluación de **Más Cerca** a través de los siguientes indicadores en forma anual, a saber:

- Evaluar cambios en el consumo de Tobramicina en pacientes que utilizan el Sistema de alivio para vías respiratorias (Chaleco).

- Relacionar la incorporación de nuevos fármacos para el tratamiento de Patologías bajo programa y el número de re internaciones hospitalarias anuales.

- Uso de tobramicina inhalada y su relación con el tiempo de llegada al trasplante Pulmonar.

- Costo anual en fármacos por paciente en el tratamiento de enfermedad de Gaucher.

Con el objetivo de disponer de la información de Consumo del Primer Nivel de Atención de los afiliados bajo programa de las siguientes patologías:

Esclerosis Múltiple

Esclerosis Lateral Amiotrófica

Fibrosis Quística

Enfermedad de Gaucher

Psoriasis Severa Generalizada

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA en soporte magnético, todas las consultas y prácticas que fueron realizadas por los afiliados con las patologías anteriormente enunciadas.

IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

REGION	

Fecha	

PATOLOGÍA	
APELLIDO Y NOMBRE	

N° Afiliado		Fecha Nacimiento	

Domicilio		Localidad	

Teléfono		e-mail	

DATOS DEL/ LOS MÉDICO/S TRATANTE/S

APELLIDO Y NOMBRE	

Lugar de atención	

Teléfonos	

APELLIDO Y NOMBRE	

Lugar de atención	
Teléfonos	

FARMACIA	
FARMACIA	

PRESTACIONES HABITUALES	
Fecha de contacto:	Profesional de Contacto:

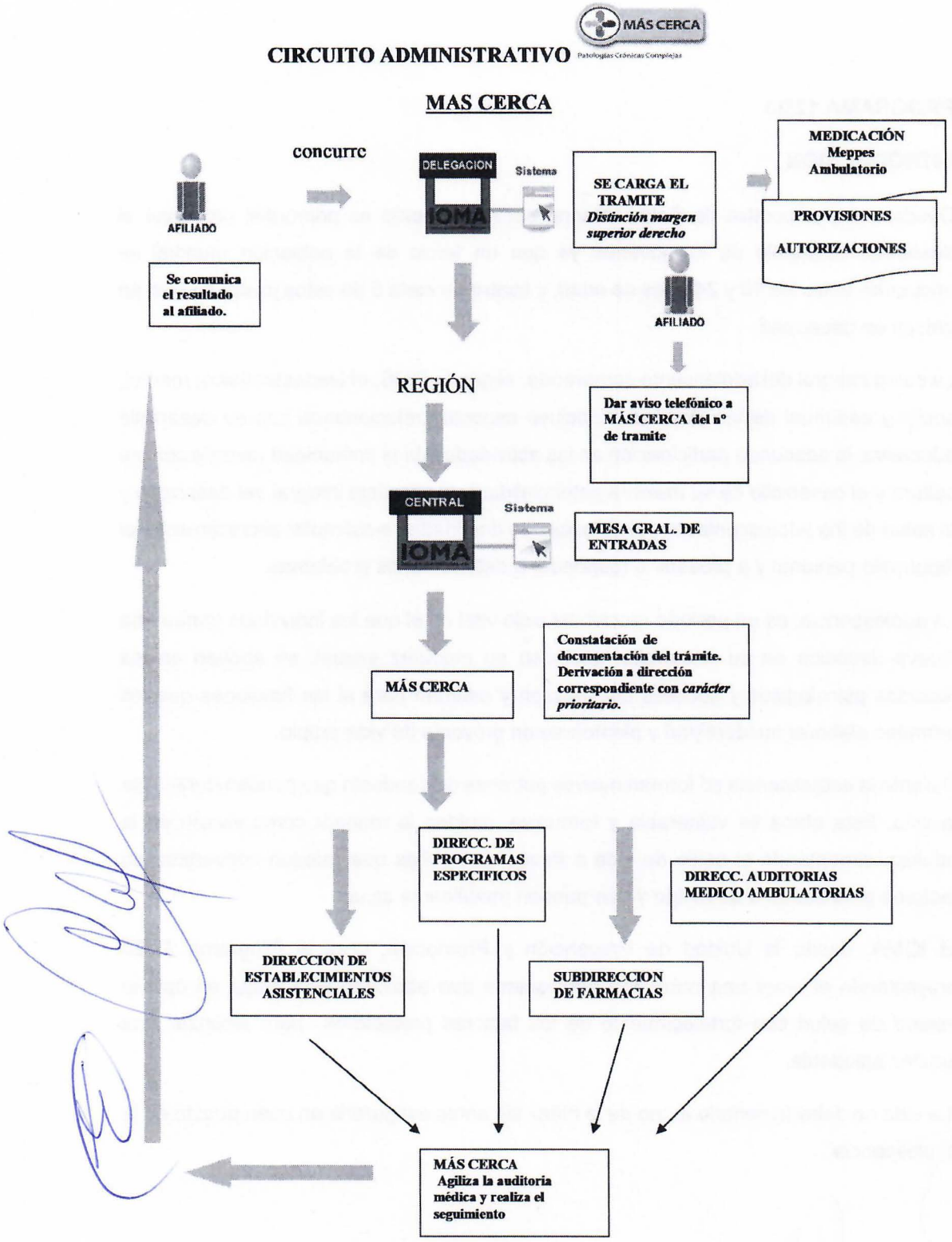
IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CIRCUITO ADMINISTRATIVO MÁS CERCA

Patologías Crónicas Complejas

MAS CERCA



PROGRAMA 12/20

INTRODUCCION

Desde una perspectiva de Salud Integral del Adolescente es primordial promover el desarrollo saludable de los jóvenes ya que un tercio de la población mundial se encuentra entre los 10 y 24 años de edad, y cuatro de cada 5 de estos jóvenes viven en países en desarrollo.

La salud integral del adolescente comprende, según la OMS, el bienestar físico, mental, social y espiritual de los jóvenes, e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad (acorde con su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad), el abordaje integral del desarrollo y la salud de los adolescentes requiere acciones destinadas a estimular el crecimiento, el desarrollo personal y a prevenir o responder a determinados problemas.

La adolescencia, es un período crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una Nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

Durante la adolescencia se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida. Esta etapa es vulnerable y formativa, moldea la manera cómo vivirán en la adultez, cimentando el estilo de vida a través de hábitos que pueden convertirse en factores protectores o de riesgo y que pueden modificar la salud.

El IOMA, desde la Unidad de Prevención y Promoción, crea el Programa 12/20 proyectando el tener una población adolescente que atraviese ésta etapa en óptimo estado de salud con fortalecimiento de los factores protectores para alcanzar una adultez saludable.

"La vida no debería echarlo a uno de la niñez sin antes asegurarle un buen puesto en la adolescencia".

Situación actual

El mundo de hoy enfrenta la mayor generación de adolescentes registrada en la historia, más de 1200 millones de personas, cuyas necesidades de atención no deben ser postergadas.

En América Latina y el Caribe, las personas jóvenes representan el 30 % de la población y los adolescentes conforman el 21 % de la población total.

En nuestros país el 27 % de la población esta comprendida entre los 10 y 24 años de edad, esto es algo más de 10 millones de personas.

La población adolescente de 10 a 19 años de edad representa el 17 % de la población total del país.

La población adolescente del IOMA es de 350.000 afiliados, lo que representa aproximadamente un 16% de la capita.

Los últimos datos del 2009 UNICEF que toma la población de 15 a 24 años, indica una tasa de mortalidad del 5.63%.

Esta población presenta una morbi-mortalidad debida principalmente a causas externas (violencia intencional, no intencional y accidentes) y está condicionada por las conductas de riesgo.

En nuestro país, según la última Encuesta Nacional de Salud Escolar realizada en 2007 por el Ministerio de Salud de la Nación en adolescentes de 13 a 15 años muestra:

- El 56.8% de los jóvenes, tomo al menos una bebida alcohólica en el ultimo mes.
- El 11.7 % consumió alguna vez una droga ilegal.
- El 25.5% fumo cigarrillos el ultimo mes.
- El 34% de los adolescentes tuvo relaciones sexuales alguna vez.
- Solo el 43 % reporto utilizar siempre preservativos en todas sus relaciones el último año.
- El 24.5% sufrieron algún episodio de violencia al menos una vez al año.
- Un 16.9 % de los adolescentes, considero seriamente intentar suicidarse el ultimo año.

- Un 19% presentaron sobrepeso y un 3% obesidad.

Tener en cuenta y conocer la vulnerabilidad de esta población y sus factores de riesgo, los tipos de problemática de salud que estos presentan, son pilares fundamentales de conocimiento del equipo de salud multidisciplinario e imprescindible para aquellos profesionales que pretendan atender la población adolescente. Desde el IOMA proponemos una cobertura personalizada e interdisciplinaria, con estándares de calidad y equipos de profesionales capacitados.

En respuesta a la compleja situación en la que viven y se desarrollan los adolescentes, se decide adoptar el Modelo de Atención Integral del Adolescente, entendiendo a éste como aquel que:

- privilegia la promoción de estilos de vida saludable
- privilegia la prevención de probables riesgos
- se centra no solo en la familia sino también en el soporte social existente
- cuenta con la activa participación de los jóvenes
- se accede no sólo en los servicios tradicionales de salud, sino también, en los ámbitos donde los jóvenes habitan ,estudian ,trabajan o se recrean
- la atención es brindada por un equipo de profesionales capacitados de distintas disciplinas preparado para el abordaje de las necesidades de este grupo etáreo

Marco legal

El Programa 12/20 tiene una posición legal (de derechos) cuyo eje es facilitar el acceso al ejercicio del derecho de salud de niños y adolescentes.

En el año 1994 la Argentina incluye en su Constitución los siguientes tratados internacionales:

- Convención de los Derechos del Niño (CDN).

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Ambos modifican la forma de acercarse a la atención de adolescentes, por ejemplo, en la salud sexual.

La Ley Nacional **26.061** de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en consonancia con la Convención de los Derechos del Niño, garantiza el derecho a la salud integral (art. 14). La Ley 25.673 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que habilita el acceso de adolescentes a la anticoncepción y a los cuidados sexuales en salud.

La ley 26.061 provoca un cambio de paradigma, desplazando la idea de niño o adolescente como objeto de tutela por un nuevo concepto de niño/a o adolescente como sujeto de derecho desde el nacimiento. Este cambio de paradigma impacta a su vez en lo que se entiende como patria potestad.

Los hijos no son propiedad de los padres y los padres tienen la función y el deber de ayudarlos a cumplir y ejercer los derechos que aún por inmadurez no pueden ejercer por ellos mismos.

Este cambio de paradigma en lo que se refiere a los derechos de los niños y adolescentes, impacta también de forma directa en su relación con el sistema de salud. El hecho de que no haya una propiedad absoluta de los padres respecto de los chicos, hace que prevalezca el derecho de ellos a recibir una adecuada atención médica cada vez que lo necesiten. Esto le permite, al equipo de salud, poder intervenir de la mejor manera, incluso en situaciones en donde la necesidad de atención sea una demanda de los adolescentes y no así de los padres.

Fundamentación

La adolescencia es el período más sano de la vida desde el punto de vista físico, lo que probablemente ha condicionado que no se haya tenido en cuenta la atención a su salud tanto por parte de los profesionales sanitarios, la familia, la sociedad y el propio adolescente.

Pero es además un período muy vulnerable y de alto riesgo, siendo la mayoría de sus problemas de salud causados por comportamientos que se inician en estas edades y con consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura: tabaco, alcohol, drogas, conductas sexuales de riesgo que conducen a embarazos no deseados y ETS,

lesiones, accidentes, problemas de salud mental , trastornos de la conducta alimentaría, depresión, problemas del aprendizaje con fracaso escolar, problemas familiares siendo la mayoría de estas conductas prevenibles a través de acciones planificadas .

Investigando la salud del adolescente podemos inferir que las mayores amenazas para la salud de estos, son conductuales más que biomédicas, que los adolescentes adoptan hábitos no saludables a edades cada vez más tempranas y que la mayoría de estos adopta algún tipo de conducta personal que amenaza su salud y bienestar.

Objetivos

Como respuesta a la compleja situación en la que viven y se desarrollan los adolescentes de nuestra provincia se ha decidido adoptar el modelo de atención integral del adolescente. El IOMA decide la creación del Programa 12/20 privilegiando la promoción de estilos de vida saludables y trabajando en la prevención de riesgos que repercutan en el estado de salud de dicha población.

Desde la Unidad de Prevención y Promoción del IOMA se crea el Programa para Adolescentes que abarca el grupo etáreo entre los 12 a 20 años: Programa 12/20.

Se crea con el propósito de ir más allá de un enfoque orientado al problema, pasando a un enfoque de desarrollo que promueva factores de protección y resiliencia en la juventud. Es necesario pasar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades; del concepto de jóvenes como receptores a jóvenes participantes activos; y de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención y promoción de la salud.

Enfoque de riesgo desde la visión de la UPPS/ PROGRAMA 12/20 significa trabajar en "prevención de problemas en adolescentes sanos y en riesgo", incorporando conceptos de screening y guías preventivas como acciones de salud. .

Se propone superar las estrategias centradas en el Enfoque de riesgo , orientando las capacidades personales, familiares y socio-comunitarias, reconociendo los aportes de marcos conceptuales y metodológicos como: Derechos Humanos, Género, Educación para la salud, Resiliencia y Metas del Milenio de la OPS.

Objetivos específicos:

De Prevención y Promoción:

- Considerar áreas de promoción, prevención de la salud a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los adolescentes.
- Proveer un modelo de salud familiar y atención integral en salud de adolescentes.
- Motivar y generar condiciones de vida saludables.
- Detectar situaciones de riesgo individual y familiar desde un enfoque psicosocial.
- Establecer redes de referencia y contrarreferencia con otros servicios de prevención y asistencia en trastornos de la alimentación y adicciones.
- Establecer alianzas estratégicas con instituciones que nuclean adolescentes (educativas , comunitarias y judiciales)
- Informar y educar a los adolescentes sobre los procesos biológicos articulando con el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. (Ministerio de Salud de la Nación)
- Facilitar conocimientos y medidas preventivas sobre enfermedades de transmisión sexual y sus posibles complicaciones, articulando con el Programa VIH-SIDA.(MSN)
- Informar acerca de las implicancias en la salud del consumo de sustancias, articulando con el Programa de Prevención de las Adicciones y Tabaquismo.(MSN)
- Realización de campañas desde la UPPS / Programa 12/20 sobre temáticas actuales como: - Audición:"Baja el Volumen", (Campaña de prevención de trastornos auditivos por uso de volúmenes altos en auriculares).

  - Violencia Escolar: Bullying, Ciberbulliyng

- Fortalecer las redes asistenciales fomentando el trabajo interdisciplinario.
- Fortalecer las redes institucionales articulando entre las diferentes áreas de los Programas de la UPPS del IOMA: (Programa SER, Programa MAMI, Programa RCVG, Programa de Salud Bucal)

- El Programa 12/20 de la UPPS tiene como objetivo extramuro realizar intervenciones en la comunidad y diferentes ámbitos sociales donde se encuentran los adolescentes (escuelas, barrios, clubes, etc.) llegando con actividades de promoción y prevención a través de variados recursos por ejemplo: talleres, folletería, revistas, encuentros de arte, concursos, encuentros recreativos, musicales, murales.

Prestaciones incluidas

Asistenciales:

- Creación y utilización de la "Agenda del Adolescente" e instaurar un Certificado Unico de buena salud.
- Ofrecer cobertura prestacional para el control de salud anual en las tres etapas de la adolescencia: temprana (de 12 a 14 años) , media (de 15 a 17 años) y tardía (de 18 a 20 años)
- Ofrecer en cada una de estas etapas, la realización de laboratorios: Hemograma Completo, Glucemia, Hepatograma, Orina Completa y serología VIH con cobertura del 100%. La serología VIH será opcional, no obligatoria, a partir del inicio de relaciones sexuales.
- Referenciar a las adolescentes con inicio de relaciones sexuales al control ginecológico incorporándolas al Programa Ser.
- Enfatizar el control odontológico referenciando con el Programa de Salud Bucal.
- Ofrecer a los servicios de atención una guía de screening, donde se recomiendan acciones universales para aplicar en todos los adolescentes; y otras selectivas, teniendo que realizarse solo si existen factores de riesgo.
- Inmunizaciones: completar o iniciar calendario de vacunación según normas vigentes del Ministerio de Salud de la Nación.
- Proyección futura tras la implementación del Programa 12/20: Incorporación al Sistema Informático del Adolescente (SIA-CLAP-OMS) Se utilizara una historia clínica unificada basada en el sistema informático del adolescente (SIA-OPS), incluyendo

aspectos actualizados. Esto debe permitir un mejor enfoque biopsicosocial con fines asistenciales de docencia e investigación y evaluación de resultados.

- Promover la utilización de la historia clínica del adolescente

Capacitación y/o certificación del Recurso Humano

El Programa 12/20 tiene dentro de sus objetivos la óptima atención del adolescente garantizando sea ésta realizada por profesionales con la adecuada capacitación en dicho grupo etáreo. Para ello se solicitara a los profesionales que deseen integrar la cartilla, un Curriculum Vitae que contenga antecedentes de formación o capacitación en la atención integral de adolescentes.

Se ofrecerá a aquellos profesionales que deseen ser parte de la cartilla de prestadores y no tengan la formación solicitada, el acceso a diferentes link (Curso de Capacitación para la Atención de los Adolescentes dentro del Plan SUMAR, Posgrado en la Facultad de Medicina-UBA) para la realización de cursos de capacitación.

Docencia e Investigación:

El Programa contempla la capacitación a través del ISEI en temáticas de abordaje en atención de adolescentes tales como Salud Integral, Adicciones, Consumo de alcohol, Intento de Suicidio, ETS, Embarazo Adolescente, Uso del Tiempo Libre y otros ítems a cargo de profesionales especializados en las mismas.

"El elemento más necesario no es la alta tecnología sino más bien los recursos humanos motivados y bien capacitados insertos en servicios accesibles y amigables"

La Adolescencia se alza en el ciclo vital de las personas, como una ventana de oportunidad para hacer construcción de proyectos de vida variados, en particular, en condiciones de gran vulnerabilidad social, en los cuales el acompañamiento por parte de los equipos de salud pasa a ser clave. Es así que el gran desafío de los equipos de salud será lograr un adecuado vínculo terapéutico que permita la continuidad de la

atención adolescente, y disminuya las desconfianzas y barreras que percibe este grupo poblacional.

En el caso de la salud de adolescentes, los problemas exclusivos de la salud física se enfrentan de la misma manera que para los otros grupos etáreos, sin embargo durante la adolescencia, la gran mayoría de las situaciones de salud involucran importantes aspectos psico-sociales, razón por la que la mirada integral bio-psico-social es mandataria. Por este motivo conviene establecer atenciones diferenciadas por niveles de complejidad, lo cual no es sencillo y probablemente el elemento más necesario no es la alta tecnología si no más bien los recursos humanos motivados y bien capacitados insertos en servicios accesibles y amigables.

El mayor desafío en el caso de servicios para adolescentes se vislumbra en la articulación de la atención y de los equipos de los distintos niveles de atención de salud, en red intersectorial con las organizaciones comunitarias, en los diferentes niveles. El objetivo es lograr realizar un trabajo articulado potenciando así la efectividad del sistema para contribuir al bienestar y desarrollo de los adolescentes.

Mejorar la salud de los adolescentes es un reto. Requiere una amplia estrategia de prevención que abarque muchos aspectos de la vida de la comunidad. Las escuelas han respondido a este reto con asignaturas de educación para la salud y la puesta en marcha de programas especiales de prevención. Del mismo modo, muchas organizaciones de servicios de adolescentes, han respondido con la puesta en marcha de programas de promoción de la salud para los adolescentes y sus familias

Las instituciones ciudadanas y gubernamentales han respondido con campañas de información publica y aprobaciones de regulaciones sanitarias dirigidas a proteger la salud de los adolescentes.

El IOMA aporta este programa para que los profesionales de atención primaria puedan también hacer frente al reto de mejorar la salud de ésta población.

Acceso al Programa

Desde la pagina de IOMA, se podrá acceder al Icono del Programa 12/20 y desde el mismo se abrirán tres posibilidades:

- Para los Profesionales: guías de screening. tablas de percentilo HTA, tablas de crecimiento y desarrollo. Calendario de Vacunación actualizado. Link hacia otros sitios de interés. Dirección de correo electrónico del Programa.

- Para Padres: guías de atención en promoción y prevención, lugares de atención de adolescentes, mensajes e información preventiva. Dirección del correo electrónico del Programa.

- Para Adolescentes: información de interés basada en la promoción y prevención. Líneas de ayuda como 0800 SIDA, Fonodroga, 0800 alcohol, etc. Dirección del correo electrónico del Programa.

"La participación es en la adolescencia lo que la estimulación temprana es en la primera infancia"

El IOMA pone a disposición el mail: adolescente@ioma.gba.gov.ar, como iniciativa para responder preguntas que se puedan compartir, que sirvan para aprender, aclarar dudas y disparar otras preguntas.

EVALUACION DEL PROGRAMA

Medición de resultados a un año de la creación y puesta en marcha del mismo

Tasa de uso del programa:

Número de visitas a la página web.

Número de adolescentes que retiran la agenda de salud.

Utilización del certificado de buena salud único para el afiliado.

Motivos de Consulta:

Cantidad de consultas odontológicas.

Cantidad y motivos de consultas en salud mental.

Uso de métodos anticonceptivos por las afiliadas adolescentes (a través del Programa Ser).

Indice de embarazos adolescentes (a través del SIP).

PROGRAMA COLORRECTAL

Técnica de estudio

Método de Diagnóstico y Tratamiento:

Fibrocolonoscopía:

Método de elección en pacientes que presentan el test de sangre oculta de materia fecal con resultado positivo, permitiendo la visualización directa de toda la mucosa colorrectal para la detección, resección y tratamiento de los pólipos colorrectales, adenomas o carcinomas colorrectales en etapas tempranas.

Criterios de Autorización de colonoscopías bajo el diagnóstico de Rastreo de CCR con Somf +:

Se autorizarán bajo los diagnósticos de:

-Sangre oculta en materia fecal + (SOMF)

-Antecedente de Familiar de primer grado (madre, padre, hermano, hijo) con diagnóstico de CCR

-Antecedentes personales de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII: Enfermedad de Crhon y Colitis Ulcerosa); Sd de Lynch, Poliposis Adenomatosa Familiar.

-Teléfono/celular de contacto

-E-mail

-Material remitido: carga por tabla de referencia

-Diagnóstico: carga por tabla de referencia

-Fecha de realización: dd/mm/aaaa

-Nombre y Apellido del patólogo

-Matrícula del patólogo

4° Etapa:

-Obtener y procesar 6 indicadores que se evaluarán de manera semestral, ellos son:

1) Población objetivo: cápita IOMA entre 50 y 75 años.

2) Cantidad de SOMF realizadas.

3) Cantidad de Fibrocolonoscopías.

4) Cantidad de afiliados con diagnóstico de CCR en tratamiento quimioterápico.

5) Cantidad de Cirugías con diagnóstico de CCR.

6) Diagnóstico histopatológico de CCR.

5ª Etapa: Seguimiento del paciente bajo programa

Implementación del Programa:

1° Etapa:

-Campaña de Comunicación y Difusión sobre Cáncer Colorrectal a población y fomentar hábitos de vida saludables. A saber: consumir una dieta rica en fibras, especialmente vegetales y frutas; disminuir el consumo de carnes rojas y grasas de origen animal; ingerir productos ricos en calcio (lácteos), realizar actividad física regularmente y evitar el sobrepeso; disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitar el tabaco.

-Promocionar la realización del test de SOMF dirigida a la población objetivo; e incentivar a la población médica a su prescripción.

-Solicitar a la Federación Bioquímica de la Pcia. de Bs. As (FABA) los resultados obtenidos de la sangre oculta de materia fecal (SOMF) de la población objetivo de manera mensual, en soporte magnético, con la identificación afiliatoria, fecha de realización, laboratorio, y resultado, remitido a la Unidad de Prevención y Promoción de la Salud, para su control y análisis.

2° Etapa:

-Registrar los TSOMFI informando la cantidad, sus resultados, nominalización de los afiliados en una base de datos.

-Registrar cantidad de colonoscopías por entidades intermedias informadas con nominalización de la población bajo el diagnóstico de Tamizaje por CCR.

3° Etapa:

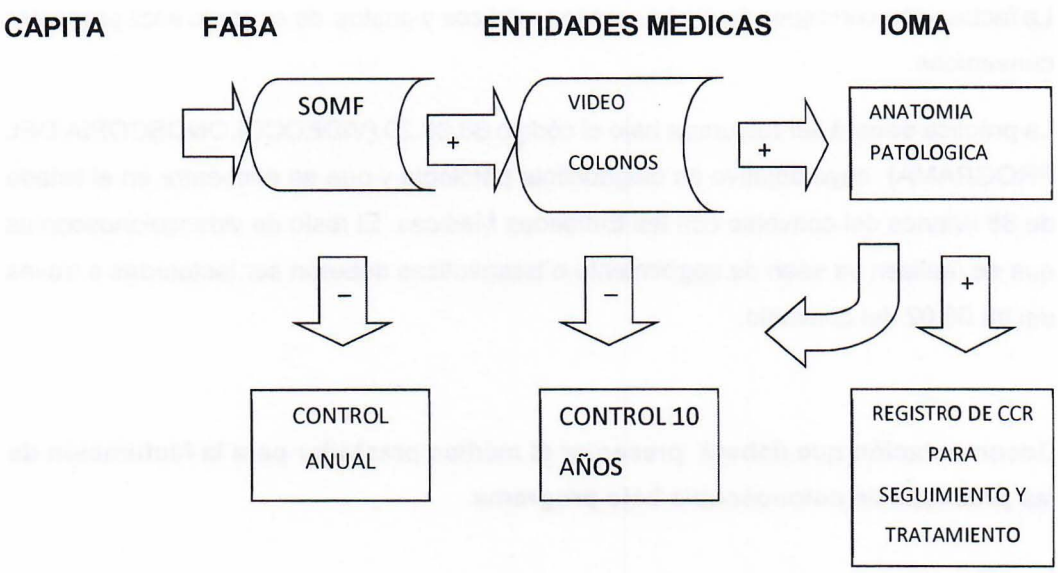
-Crear un sistema informático para el registro de lesiones precursoras y lesiones cancerosas, cargadas desde IOMA y por las entidades intermedias, las que deberán remitir un soporte magnético a la Unidad de Prevención y promoción de la Salud en forma mensual con los siguientes datos:

-Nombre y Apellido del afiliado

-Número de afiliado

-Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa

-Localidad: carga por tabla de referencia



Metodología de pago de prestaciones:

FABA: Las prácticas de Sangre oculta de materia fecal por inmunoquímica identificadas bajo programa, se abonarán por pago prestacional a partir de las 1000 prácticas. Según acta de comisión mixta.

Entidades médicas: la práctica de Videocolonoscopía cuando sea indicada en el marco del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal, será abonada por prestación y por fuera de la cápita; y se le aplicará un 15 % de aumento sobre el valor del Honorario Médico, del mismo modo, la Entidad garantiza el pago de esta práctica al 100 % de su valor cuando la misma no sea efectuada dentro del citado programa preventivo y, por lo tanto, se encuentre incluida dentro del valor capitario. En el caso de AMP se abonará por prestación. Según acta de comisión mixta.

Normas de facturación

Cada facturación se limitará a Honorarios Médicos y Derechos de atención de las prácticas del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal.

La facturación corresponderá a honorarios médicos y gastos de acuerdo a los aranceles convenidos.

La práctica deberá ser facturada bajo el código 88.08.20 (VIDEOCOLONOSCOPIA DEL PROGRAMA) cuyo objetivo es diagnosticar patología y que se encuentra en el listado de 88 livianos del convenio con las Entidades Médicas. El resto de videocolonoscopías que se realicen ya sean de seguimiento o terapéuticas deberán ser facturadas a través del 88.08.02 del convenio.

Documentación que deberá presentar el médico prestador para la facturación de las prácticas de colonoscopía bajo programa.

1) Talón de planilla programa Colorrectal de FABA de sangre oculta en materia fecal (CON RESULTADO POSITIVO).

2) Derivación del médico de cabecera al especialista.

3) En el caso que la práctica se realice por antecedentes familiares se debe adjuntar historia clínica completa.

4) Informe de la práctica en planilla "**REGISTRO GASTROENTEROLOGICO-VIDEOCOLONOSCOPIA"**. (La que se obtiene a través de la pagina oficial del IOMA).Esta planilla deberá estar conformada por el afiliado

Programa colorrectal (Resolución 3136/15)

Con el objetivo de obtener cantidad de colonoscopías e histopatologías con resultados, con nominalización de la población bajo el diagnóstico de Tamizaje por CCR., las entidades deberán remitir un soporte magnético al IOMA, en forma mensual con los siguientes datos: (Datos según planilla adjunta).

-Nombre y Apellido del afiliado

-Número de afiliado

-Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa

-Localidad: carga por tabla de referencia

-Teléfono/celular de contacto

-E-mail

-Material remitido: carga por tabla de referencia

-Diagnóstico: carga por tabla de referencia

-Fecha de realización: dd/mm/aaaa

-Nombre y Apellido del patólogo

-Matrícula del patólogo

La práctica de Videocolonoscopía cuando sea indicada en el marco del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal, (88.02.20), será abonada por prestación y por fuera de la cápita; y se le aplicará un 15 % de aumento sobre el valor del Honorario Médico.

ANEXO 5

NORMAS DE LIQUIDACIÓN Y FACTURACIÓN

1. REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN

1.1. Lugar y fecha de presentación

La documentación se recepcionará en una única presentación hasta el día 20 de cada mes, en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria (Departamento Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria) del IOMA. Dichas liquidaciones agruparán separadamente las prestaciones de cada mes –no pudiendo incluir prestaciones realizadas en el mes correspondiente a la presentación-, y respetando el origen afiliatorio y los convenios respectivos.

1.2. Requisitos particulares de la documentación

1.2.1. Libro de Facturación: Se presentará por duplicado, firmado y sellado por el responsable de la Entidad en los dos (2) formularios.

Se deberá presentar por cada grupo afiliatorio, es decir dividido en afiliados obligatorios, afiliados voluntarios individuales y afiliados voluntarios colectivos; cada uno con sus respectivos importes. Cuando la atención fuera brindada a Afiliados Voluntarios (individuales y/o colectivos) el IOMA liquidará el importe correspondiente al IVA según normativa vigente, ello exclusivamente cuando el responsable revista la calidad de inscripto ante dicho impuesto, debiendo constar discriminado en el libro e incluido en el total.

Las refacturaciones, convenios y convenios de reciprocidad siempre se facturarán por separado, bajo los lineamientos previstos.

1.2.2. Aspectos formales del Recibo tipo "B" –documento equivalente a la Factura-, a presentar en oportunidad de cada pago que realice IOMA:

1.2.2.1. Membrete preimpreso y demás datos fiscales identificatorios del emisor, de acuerdo a la normativa vigente que al respecto dicte la AFIP.

1.2.2.2. Domicilio del IOMA: calle 46 N° 886 – La Plata (CP 1900)

1.2.2.3. Número de CUIT IOMA: 30-62824952-7 (Responsable Exento)

1.2.2.4. Identificar el grupo afiliatorio del que se trate.

1.2.2.5. Conceptos facturados: Honorarios y Gastos que correspondan.

1.2.2.6. Detalle de Ordenes de Pago que contempla, con indicación de las remesas de la AME.

1.2.2.7. Monto total expresado en números y letras.

1.3. Resumen de prestaciones

Se presentará por duplicado, firmado y sellado en original por el responsable de la Entidad en los dos (2) formularios.

1.3.1. El resumen de liquidación contendrá la siguiente información:

1.3.1.1. Datos del prestador

1.3.1.1.1. Nombre y apellido del prestador

1.3.1.1.2. Número de matrícula

1.3.1.1.3. Categoría

1.3.1.1.4. Mes de prestación

1.3.1.1.5. Número de equipo (para los casos de equipos médicos autorizados)

1.3.1.2. Datos de las prestaciones

1.3.1.2.1. Cantidad de Prácticas realizadas con el código normativo correspondiente

1.3.1.2.2. Valor respectivo de cada una de las prácticas, indicando el gasto que corresponda.

1.3.1.2.3. Toda la documentación contendrá los datos del número de bono, número de beneficiario, apellido y nombre del afiliado.

1.3.1.2.4. Toda la información deberá también ser enviada en soporte magnético.

1.4. Requisitos generales de la documentación

La documentación presentada por la Entidad Médica para su posterior facturación sólo podrá corresponder a prestaciones realizadas hasta noventa (90) días antes al fijado para la fecha de presentación.

Se agruparán separadamente las prestaciones de cada mes y respetando el origen afiliatorio.

Toda la documentación se presentará sin enmiendas ni tachaduras, procediéndose a foliar en el ángulo superior derecho los Resúmenes de Facturación. La AME se hará responsable por toda documentación faltante.

En caso de errores, las enmiendas necesarias deben estar salvadas con firma y sello del prestador.

1.5. Normas de facturación

1.5.1. Cada facturación se limitará a Honorarios Médicos y Derechos de atención que han sido prestados por un médico. Quedan exceptuados de esta condición los equipos médicos que se hayan inscripto como tales de acuerdo con las normas de inscripción señaladas.

1.5.2. La facturación corresponderá a honorarios médicos de acuerdo a los aranceles Convenidos. Se facturará además los derechos de las prácticas que el profesional realice en consultorio con material, instrumental o equipos propios de aquellas prestaciones autorizadas oportunamente

1.5.3. Los médicos deberán presentar sus facturaciones ante la Entidad Médica, debiendo incluir el trabajo de un determinado mes, no pudiendo facturarse conjuntamente el trabajo de 2 o más meses.

1.5.4. Las facturas presentadas deberán corresponder a servicios efectivamente realizados en forma personal y directa por el facultativo. Ningún médico podrá incluir servicios en los que hubieran intervenido parcial o totalmente otros profesionales, salvo

en los casos que específicamente su retribución es global y en función de equipo médico.

1.5.5. Los bonos de prácticas de afiliados de otras localidades o cápitas serán facturados por la vía habitual a la entidad de origen en remesas separadas para su recupero mediante el convenio de clearing.

1.5.6. Los bonos de consulta de afiliados de otras localidades emitidos localmente llevan pago de diferenciado al momento de la consulta por lo que se deberán liquidar igual que los de afiliados locales (valor puro) y remitir a la entidad de origen en remesas separadas para su recupero mediante el convenio de clearing.

1.5.7. Las consultas y prácticas en internación serán facturadas al valor completo (valor puro más diferenciado) cuando corresponda, en remesas separadas.

1.5.8. Las prácticas deberán facturarse con el informe correspondiente, excepto:

Prácticas especializadas que no requieren informe:

Códigos 14.01.01/02/03/04 (Testificación).

Códigos 17.01.01/02/06/07/10/17 (Cardiología)

Códigos 19.01.01/02 (Endocrinología)

Códigos 20.01.01/02/03/04/05/06/07/13/14/15/16 (Gastroenterología)

Códigos 22.01.01/03/04/05/06/07 (Ginecología)

Códigos 25.01.01/02/03/04/05/06 (Rehabilitación)

Códigos 30.01.16/17/18/19/20/21/22 (Oftalmología)

Prácticas ambulatorias que no requieren protocolo:

Código 03.01.05 Incisión drenaje sut. Pabellón auricular.

Código 03.04.13 Sut. de nariz biopsia

Código 03.05.15 Punción seno paranasal

Código 03.07.01 Incisión drenaje lesión dentaria

Código 03.10.08 Incisión drenaje abs. sut. biop.labio

Código 03.12.06 Incisión drenaje abs. sut. biop paladar

Código 07.06.09 Punción art. Inyección medicamentosa

Código 10.05.10 Punción drenaje escrotal

Código 11.03.15 Incisión drenaje de vulva bart. skene absc.

Código 12.02.02 Frac. No quirur. Cubito, carpo, peroné, etc

Código 12.02.04 Clavícula, costilla, rotula, metacarpianos, etc.

Código 12.08.01 Artrocentesis diag.terap.

Código 12.13.01 Columna cervical dorsal o lumbar (trat. incruento)
Código 12.13.02 Cadera, rodilla

Código 12.13.03 Clavícula, hombro, codo muñeca

Código 12.13.04 Luxac. metacarpo, metatarso, falángica (trat. incruento)

Código 12.19.... Yesos

Códigos 34...Radiología: todas aquellas prácticas de radiología simple de una sola exposición (Rx Tórax F y P deberá indefectiblemente adjuntar informe de ambas exposiciones).

1.6. Resumen de facturación

a. Los bonos de afiliados propios se facturaran al valor puro al IOMA.

b. Los bonos de afiliados de otras entidades emitidos localmente se facturaran al valor puro (remesas separadas para recupero por clearing a la entidad poseedora de la cápita).

c. Los bonos de prácticas de otras entidades emitidos en origen se facturarán al valor puro (consultas y prácticas) directamente a la entidad poseedora de la cápita (clearing).

d. Los bonos del Programa MAMI y SER (bono de la chequera) serán facturados en remesas separadas al valor puro.

e. Los códigos 88 pesados se facturarán según la normativa y circuito administrativo especiales.

f. Los bonos generados en internaciones se facturan al valor completo al IOMA.

g. Los bonos generados en internaciones de afiliados de otras entidades se facturan al valor completo directamente a las mismas.

h. Las facturaciones de bonos de consultas y prácticas de cada profesional, serán ordenadas en primer orden por bonos de consulta y luego por prácticas.

i. Los beneficiarios de los Sistemas de Reciprocidad gozarán de los beneficios asistenciales acordados por las Obras Sociales.

j. Para la presentación de la facturación deberá adjuntarse la documentación habilitante del beneficiario establecida para cada convenio, conjuntamente con los comprobantes administrativos y médicos respaldatorios de la prestación realizada y la autorización provisoria correspondiente.

Códigos de débito – códigos de ajuste

La auditoría actuará conforme alguna de las siguientes alternativas:

A) Se desglosa y se devuelve la documentación.

B) Se desglosa documentación y se retiene para su estudio. Se enviará fotocopia para conocimiento de la Entidad.(documentación rechazada).

Los códigos de débito y ajuste serán los siguientes:

1. Se ajusta según detalle que se adjunta.
2. Falta consignar o hay error en el número de carné del beneficiario.
3. Falta fecha y hora de prescripción y/o realización.
4. Falta diagnóstico y/o código nosológico.
5. Falta firma y/o sello y/o matrícula del profesional.

6. Falta conformidad y/o firma del beneficiario y/o familiar. Comprobada la improcedencia de la firma, no se refactura.

7. Falta nombre y apellido del beneficiario.

8. Agregados o correcciones no salvadas por el profesional y/o beneficiario.

9. Prestaciones no convenidas.

10. Códigos o comprobantes repetidos.

11. Falta de documentación respaldatoria.

12. Falta o incompleta valoración de los comprobantes.

13. Error en facturación.

14. Falta protocolo quirúrgico.

15. Falta protocolo anestésico.

16. Falta resultado de anatomía patológica

17. Falta resultado de estudios de laboratorio.

18. Falta informe de la práctica efectuada.

19. Error en la facturación de códigos y/o valor de los mismos.

20. Comprobantes fuera de término.

21. Falta orden de práctica y/o prescripción médica y/o Planilla de alta Complejidad.

22. Superposición de fecha y/u hora.

23. Equipos médicos no reconocidos por la Obra Social.

24. Se debitan y/o devuelven comprobantes por no mencionar lugar donde se realizó la práctica.

25. Se debitan comprobantes por no utilizar el formulario específicamente destinado a ese fin.

26. No corresponde facturar consultas por estar dentro de la cobertura del módulo.

27. Los comprobantes deberán enviarse consignando código, lugar, día y hora en que se efectuaron las prestaciones.

28. No corresponde facturar prestaciones que no sean de la especialidad del profesional.

29. Falta firma y/o sello en la historia clínica y/o informe médico.

30. Se debita por haber facturado con órdenes en fotocopia.

31. Prestaciones que carecen de autorización provisoria en convenios de reciprocidad.

32. Se debita por lo ilegible de los datos consignados.

33. Orden de prescripción y/o autorización vencidas.

34. Falta de verificación afiliatoria.

35. Afiliado dado de baja.

36. Carta de presentación de afiliado en tránsito vencida.

37. Falta historia clínica.

38. Falta autorización previa profesional y/u obra social.

39. Se ratifican débitos.

40. Diferente categoría afiliatoria.

41. Se debita según auditoría médica.

42. Se envía nota adjunta.

43. Error de facturación de gastos que deben ser facturados a través de la Institución Sanatorial y aquellos que no corresponden a lo establecido en el Nomenclador Nacional.

44. Se debitan gastos por no estar autorizado el profesional a facturar con aparatología propia.

45. No corresponde facturar honorarios de ayudante y/o anestesista o mayor número de ayudantes que lo estipulado por el Nomenclador nacional.

46. No se abona el porcentaje de recargo por considerarse que no se encuentra comprendido dentro de las normas generales de trabajo del Nomenclador Nacional.

47. Prestaciones ajustadas por error en vía de abordaje quirúrgico.

48. No corresponde facturar el código por estar incluido en otro código de práctica.

49. Práctica incluida en la consulta.

50. No se ajusta al Programa MAMI

51. No aclara a quien se le efectúo la práctica (madre o recién nacido) en el Programa MAMI

52. Corresponde facturar una sola práctica por día de acuerdo a normas del Nomenclador Nacional.

53. Las prácticas de psiquiatría y fisiatría deben ser firmadas día por día por el beneficiario.

Requisitos para las refacturaciones.

Toda documentación que fuera observada y/o rechazada por la auditoría de la Obra Social, será devuelta al profesional a través de la Entidad, indicando en la hoja de devolución y/o hoja de débito los motivos de su observación o rechazo. La "documentación observada" podrá ser nuevamente presentada ante la Obra Social, subsanados los motivos que dieran origen a su devolución.

La documentación que fuere observada y se le ratifique el débito, no se podrá refacturar nuevamente.

La "documentación rechazada" por razones médicas y/o administrativas, no podrá ser refacturada.

Para la presentación de documentación correspondiente a refacturaciones los requisitos serán los mismos que los de la presentación de la facturación original, siendo su plazo de presentación de 90 (noventa) días contados a partir de la fecha de recepción por parte de la Entidad Médica.

En la presentación se deberán adjuntar los motivos de débito que originaron la refacturación, adjuntando hoja de devolución y/u hoja de débito que fuera entregada al profesional.

En caso de devoluciones por nota, con la presentación de las refacturaciones se deberá adjuntar copia de la nota respectiva.

Las refacturaciones serán presentadas por separado, en oportunidad de la presentación de la facturación del mes, con sello o rotulo indicativo.

Requisitos para los reclamos

Los reclamos seguirán los lineamientos detallados en el punto anterior, en lo referente a requisitos a cumplimentar como en los plazos estipulados.

La documentación que fuere observada y se le ratifique el débito, no se podrá refacturar.

Cuando la naturaleza de los reclamos sea de orden médico y/o administrativo, luego de su evaluación podrán ser tratados en el seno de la Comisión Mixta.

El reingreso de documentación que ha originado débito, se realizará conjuntamente con la presentación de la facturación del mes inmediato posterior.

Requisitos para la presentación de la liquidación en soporte óptico (CD)

La facturación deberá estar agrupada por tipo de beneficiarios (afiliados obligatorios, voluntarios individuales y colectivos), detallando cada uno de los bonos presentados.

El formato de los datos deberá ser en "DBF" y el nombre del archivo "BASEBONO" según el diseño de registro adjunto, conforme a las bases entregadas por el IOMA de acuerdo al expendio bonos de acceso a las prestaciones.

Field	Field name	Type	Width	Dec
1	OBRASOCIAL	C	3	0
2	REMESA	N	5	0
3	HONORARIOS	N	9	2
4	GASTOS	N	9	2
5	IVA	N	9	2

6	MATRICULA	N	10	0
7	NOMBRE	C	30	0
8	ANIOMESPRE	N	6	0
9	NRO_BONO	C	10	0
10	FECHAEMI	D	8	0
11	CATEGORIA	C	1	0
12	NRO_AFILIA	C	12	0
13	PARTIDO	C	3	0
14	EPO	C	3	0
15	FECHARECI	D	8	0
16	FECHAFACT	D	8	0
17	F_CAN_1	N	3	0
18	F_COD_1	C	6	0
19	F_POR_1	N	3	0
20	F_CAN_2	N	3	0
21	F_COD_2	C	6	0
22	F_POR_2	N	3	0
23	F_CAN_3	N	3	0
24	F_COD_3	C	6	0
25	F_POR_3	N	3	0
26	F_CAN_4	N	3	0
27	F_COD_4	C	6	0
28	F_POR_4	N	3	0
29	F_CAN_5	N	3	0

SOLICITA N 6 0

30	F_COD_5	C	6	0
31	F_POR_5	N	3	0
32	F_CAN_6	N	3	0
33	F_COD_6	C	6	0
34	F_POR_6	N	3	0
35	PRESENTA	N	6	0
36	SOLICITA	N	6	0

Donde IOMA está codificado para afiliados como:

CODIGO	NOMBRE
220	AME OBLIGATORIO
221	AME VOLUNTARIO INDIVIDUAL
222	AME VOLUNTARIO COLECTIVO
317	IOMA CAPITAL FEDERAL
230	IOMA PLAN MAMI
224	IOMA PLAN SER

REMESA nº de remito o factura de la entidad primaria que envía la facturación

HONORARIOS valor total de honorarios

GASTOS valor total de gastos

IVA valor total IVA cuando corresponda

MATRICULA del profesional

NOMBRE nombre del profesional

ANIOMESPRE año mes de la prestación

NRO_BONO nº de bono

FECHAEMI fecha emisión del bono

CATEGORÍA categoría del profesional facturada

NRO_AFILIA nº de afiliado

PARTIDO Lugar de origen del afiliado (Que figuran en el Bono)

EPO Lugar de origen del afiliado (Que figuran en el Bono)

FECHARECI fecha de ingreso en la AME

FECHAFACT día/mes/año de facturación (proceso de la facturación)

F_CAN_1 cantidad de práctica 1

F_COD_1	código de la práctica 1
F_POR_1	porcentaje de cobertura de la práctica 1 (100%, 75%, etc.)
F_CAN_2	ídem
F_COD_2	ídem
F_POR_2	ídem
PRESENTA	n° de lote o caja de ingreso de documentación
SOLICITA	matrícula que solicitó la prestación.

PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN PARA OTRAS PRESTACIONES

1. CODIGOS 88

A) REQUISITOS ADMINISTRATIVOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

a. Documentación básica:

Factura con firma y sello del responsable por triplicado. La factura deberá ser B o C, según corresponda y se deberá presentar una por cada grupo afiliatorio (obligatorios, voluntarios individuales, voluntarios colectivos y convenios de reciprocidad);

Resumen de facturación o libro, por duplicado, con firma y sello del responsable de la Entidad Médica.

b. Documentación sustantiva de las prestaciones:

"Planilla de Denuncia - Alta Complejidad" (primera hoja original);

"Planilla de Denuncia - Alta Complejidad" (segunda hoja);

Informe de la práctica facturada;

Fotocopia de estudios avalatorios enunciados en la "Planilla de Denuncia - Alta Complejidad";

Soporte magnético de la información.

En caso de facturarse los honorarios médicos por separado de los gastos, el profesional deberá separar el bono de honorarios médicos de la segunda hoja de la "Planilla de Denuncia - Alta Complejidad" y deberá realizar la presentación sin adjuntar la documentación avalatoria, ya que la misma ingresa con la facturación de gastos.

B) REQUISITOS GENERALES DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación deberá ser presentada en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria del IOMA de acuerdo al plazo indicado en el presente Anexo.

La documentación deberá ser presentada en lotes; cada lote deberá estar foliado.

Cada lote presentará un rótulo que indique, según corresponda:

- nombre de la entidad;
- nombre del centro o profesional prestador;
- prácticas facturadas por cada uno de los centros o profesionales prestadores;
- período de liquidación o fecha de prestación;
- sello que indique si se trata de "facturación", "refacturación" o "reclamo";
- número de factura al que corresponde y origen afiliatorio del paciente.

Toda la documentación de cada lote se presentará foliada en el ángulo superior derecho sin enmiendas ni tachaduras. El foliado se realizará en orden cronológico a la realización de la prestación.

En caso de errores, las enmiendas necesarias deben estar salvadas con firma y sello del prestador.

La documentación de las prestaciones correspondientes a convenios de reciprocidad o interprovinciales y las refacturaciones deben presentarse en forma separada, con el correspondiente libro de facturación y remito.

C) REQUISITOS PARTICULARES DE LA DOCUMENTACIÓN

a. Factura.

Se debe presentar por triplicado, firmada y con sello en original y en sus fotocopias por el responsable de la entidad. La factura deberá ser B o C, según corresponda y deberá consignar los siguientes datos:

- Código y nombre de la entidad intermedia;
- Número de CUIT;
- Número de ingresos brutos;
- Fecha inicio de actividad;
- Tipo de inscripción ante el IVA;
- Fecha de realización de la prestación;
- Mes facturado;
- Descripción de lo facturado (honorarios médicos, gastos, etcétera);
- Monto total facturado (en caso de afiliados individuales y colectivos voluntarios, se deberá adicionar el IVA -10,5 % sobre el valor facturado).

b. Resumen de facturación o libro de facturación

Se presentará por duplicado, firmado y sellado en original por el responsable de la AME en los dos formularios. El resumen de facturación contendrá la siguiente información:

- Nombre de la entidad y código;
- Fecha de facturación;
- Origen afiliatorio (voluntarios colectivos o individuales, obligatorios, convenios de reciprocidad);
- Sello o leyenda que indique si es facturación, refacturación o reclamo;
- Mes de prestación;
- Número de factura al que corresponde;
- Datos del prestador (centro o profesional);
- Datos del afiliado (nombre, apellido y número de carnet);
- Código de práctica;
- Código de autorización;
- Valor módulo (honorarios médicos y gastos) y, en caso de facturarse solamente gastos u honorarios, deberá especificarse sólo el valor correspondiente a lo facturado (dejando en 0 el resto);
- Valor módulo total;
- Total parcial de cada prestador;
- Total general facturado (en caso de afiliados voluntarios individuales y voluntarios colectivos, se deberá adicionar el IVA 10,5 % sobre el valor facturado).

c. Datos de las prestaciones o documentación avalatoria de cada práctica

Deberá figurar:

- "Planilla de Denuncia - Alta Complejidad" (hoja 1 original y hoja 2, con código de autorización de IOMA);
- Valor de la práctica según normativa vigente;
- Informe de la práctica facturada;

□ Fotocopia de estudios previos denunciados en la "planilla de denuncia - alta complejidad"

En caso de facturarse los honorarios médicos por separado de los gastos, el profesional deberá separar el bono de honorarios médicos de la segunda hoja de la "Planilla de denuncia - alta complejidad" y deberá realizar la presentación adjuntando la documentación avalatoria.

D) AUDITORÍA Y CÓDIGOS DE AJUSTE

La auditoría procederá conforme se detalla en el presente anexo, aplicando los códigos de ajuste descriptos, haciendo aplicación supletoria de los códigos que describan motivos de debitos similares en caso de no estar contemplada una situación específica.

E) REFACTURACIONES

a. Requisitos para refacturar

Para la presentación de documentación correspondiente a refacturaciones, los requisitos serán los mismos que los de la facturación original.

El plazo de presentación es de 6 meses posteriores a la fecha de entrada de la facturación sobre la que se realizó el débito.

En la presentación se deberán detallar los motivos de débito que originaron la refacturación, adjuntando hoja de devolución y/o hoja de débito.

La documentación previamente rechazada no podrá ser refacturada.

En caso de devoluciones por nota, se deberá enviar con la presentación de la refacturación la copia de la nota respectiva.

F) RECLAMOS

A los reclamos le son aplicables las pautas determinadas en el punto anterior, salvo lo que sea objeto de modificación en este apartado.

La documentación que fuere observada y se ratifique el débito, no se podrá refacturar.

Cuando la naturaleza de los reclamos sea de orden médico y/o administrativo, luego de su evaluación podrán ser tratados en el seno de la Comisión Mixta.

La devolución de documentación que ha originado débito se hará efectiva con la presentación de la facturación del mes inmediato posterior.

Lugar y fecha de presentación

La documentación será recibida en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria - Departamento de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria (Sector Mesa de Entrada de Facturación) – del IOMA, en su Sede Central, del 1 al 10 de cada mes. No será recibida fuera de estos plazos.

2. PRESENTACION DE CARPETAS DE INTERNACIÓN

A) PAUTAS DE PRESENTACIÓN

Recepción de carpetas: se realizará según el cronograma acordado con las Entidades de segundo nivel, en el lugar que para la entidad indique la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria del IOMA.

Plazo de presentación de carpetas: sesenta (60) días corridos a partir del egreso.

Para el caso de internaciones prolongadas, se podrán realizar cortes parciales cada 30 días.

Para las carpetas de afiliados internados, pertenecientes a otras entidades médicas, se deberá aplicar la misma metodología que para los afiliados de La Plata, evitando la emisión del bono. En estos casos las prestaciones serán incorporadas en una proforma para que la Entidad Médica proceda a la facturación. Esta metodología de facturación

de bonos de internación de afiliados del interior a través de una proforma (sin emitir el bono) requerirá un acuerdo previo con la entidad médica de origen del afiliado.

B) REQUISITOS MÍNIMOS QUE DEBEN CUMPLIR LAS CARPETAS

a. Numeración (las carpetas deben numerarse según el remito adjunto);

b. Identificación del partido (por ejemplo: Berisso 098, Ensenada 245, etcétera);

c. Indicación de fechas de ingreso y egreso;

d. Incorporación de fotocopia del formulario de denuncia o internación emitido por el Centro Único de Auditoría y Fiscalización IOMA (CUAFI): las internaciones serán abonadas según las categorías denunciadas ante el CUAFI.

e. Especificación de módulo autorizado por el CUAFI y días de prórroga autorizados;

f. Legibilidad y claridad en las solicitudes, en especial códigos y cantidad. g. Las solicitudes de prácticas de ayudantes deberán incluirse siempre a continuación del cirujano;

h. Inclusión de datos de profesionales completos y correctos (matrícula provincial, apellido, nombre). La falta de esos datos anula la emisión;

i. Firma del director del establecimiento y/o asociación de profesionales.

C) PRESENTACIÓN DE REMITOS. REQUISITOS A CUMPLIR

a. Fecha de ingreso;

b. Numeración correlativa;

c. Datos de los afiliados;

d. Número de orden de internación;

e. Deberán agruparse por cada uno de los partidos a los que correspondan los afiliados que recibieron las prestaciones.

ANEXO 6

COMISIÓN MIXTA

La Comisión Mixta creada en la cláusula décimo séptima tendrá por objeto:

1) Evaluar en forma concurrente la dinámica de los acuerdos, compromisos, derechos y obligaciones emanados del convenio de prestaciones médicas suscripto entre el IOMA y la AME.

2) Proponer a las autoridades de aplicación según el caso, las modificaciones y/o actualizaciones, como cualquier otra medida que considere adecuada para la mejora de la prestación de servicios a los beneficiarios del Instituto, con particular atención a lo referido a la accesibilidad y calidad en la atención de la salud.

3) Evaluar las propuestas de inclusión y exclusión de prácticas y procedimientos médicos y/o quirúrgicos y elevar con opinión fundada de carácter no vinculante, al nivel de autoridad que corresponda según el orden funcional del IOMA, para su consideración y eventual resolución.

4) Evaluar las modificaciones en más o en menos que correspondieran a las distintas modalidades de vinculación económica entre el IOMA y la AME, y elevar con opinión fundada de carácter no vinculante, al nivel de autoridad que corresponda según el orden funcional del IOMA, para su consideración y eventual resolución.

5) Establecer estándares de calidad en gestión de servicios de salud para considerar su próxima inclusión en los convenios de prestaciones de salud.

Funcionamiento

1) La Comisión Mixta, se reunirá a solicitud de cualquiera de las partes en cualquier momento, con notificación fehaciente a sus miembros con no menos de 48 hs de anticipación.

D) RECLAMOS

Se recepcionarán junto a la presentación de pedidos dentro del plazo de sesenta (60) días corridos desde la fecha de emisión de la carpeta.

Se deberán agregar los requisitos que deben contener las devoluciones de IOMA, como así también se deberá notificar a la AME.

ANEXO 7

CONVENIO MULTILATERAL DE CLEARING DE PRESTACIONES CAPITADAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION MÉDICA

REGLAMENTO Y NORMAS DE PROCEDIMIENTO

Las Entidades Médicas que mantienen convenio con el IOMA deberán respetar el presente reglamento y las normas de procedimiento establecidas para el Clearing de las atenciones brindadas a afiliados empadronados en jurisdicciones distintas a la de la Entidad Prestadora.

Se establece como metodología para la implementación del Clearing:

Se conforma la comisión mixta para la evaluación de los clearing con 3 (tres) representantes del IOMA, y 1 (uno) de cada entidad del primer nivel de atención médica que mantiene convenio con el IOMA.

Tendrá como función:

- Reunirse una vez por mes para establecer los movimientos de clearing de cada Entidad y que éstos sean registrados en un libro específico para tal fin.

- Verificar las auditorías realizadas por cada Entidad de las prestaciones brindadas a afiliados fuera de su jurisdicción.

- Comprobar el cumplimiento de los pagos de clearing de una Entidad a otra, completando el registro de los mismos.

- Establecer los montos que el IOMA deberá pagar en forma automática por el incumplimiento de los plazos de pago que haya incurrido una Entidad en perjuicio de otra, a la vez de aplicar los débitos correspondientes a la Entidad que no ejecutó los pagos en fecha y en forma.

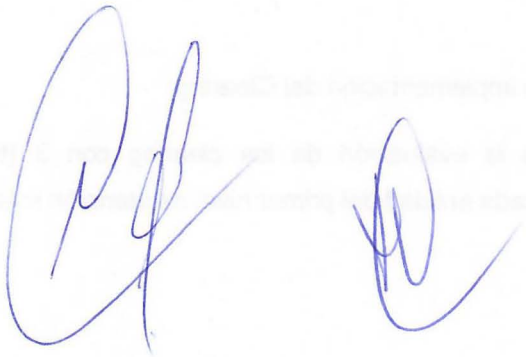
- El incumplimiento por parte de una Entidad del pago de los correspondientes clearing, habilitará al IOMA a debitarle las sumas que reclamen otras Entidades a su favor,

En casos de excepción, y a solicitud del Presidente del IOMA, podrá convocarse con carácter de urgencia sin la anticipación antedicha aunque garantizando el debido aviso a sus integrantes.

2) En cualquier caso, sesionará con los miembros presentes a la hora prevista en el momento de la convocatoria.

3) Todo lo tratado en el seno de la Comisión Mixta, sus recomendaciones, proyectos de resolución, etc. tendrán un carácter estrictamente enunciativo, a considerar por la autoridad pertinente.

4) Por cada sesión se labrará un acta que será rubricada por un representante de cada parte, archivada en libro de rigor y cuya copia deberá ser remitida a las autoridades de ambas instituciones.



relacionando los datos con los registros llevados en el IOMA, donde se detallan los montos de los clearing de cada una de las Entidades.

- Las Entidades deberán respetar las normas y procedimientos que a continuación son detallados.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL CLEARING

a- Se entiende por "prestaciones clearing" a aquellas que se brindan a afiliados empadronados en jurisdicciones distintas a la de la Entidad Prestadora, en el ámbito geográfico de esta última. Es decir que si un afiliado es derivado para su atención fuera del ámbito geográfico del convenio y recibe una prestación que le brinda un profesional perteneciente a otra Entidad Médica en el ámbito de su Entidad Médica, el profesional actuante facturará la prestación brindada a la entidad de origen del afiliado, a través de la entidad médica a la que pertenece.

Se establece que la facturación debe efectuarse en el lugar donde se realiza la prestación, siempre y cuando el profesional tenga adhesión voluntaria por dicha entidad, quedando exceptuados los profesionales inscriptos en la especialidad Anatomía Patológica.

b- Todas las facturaciones de prestaciones "Clearing" del convenio IOMA se realizarán en forma institucional, comprometiéndose las partes a respetar las pautas convenidas.

c- Las Prestaciones que las entidades podrán facturar son exclusivamente aquellas incluidas en el convenio capitado con el IOMA, siempre que las mismas se hallen incluidas con similar modalidad tanto en el convenio de la entidad prestadora como de la entidad a la que pertenece el beneficiario, las excepciones se analizarán en forma conjunta.

d- La Entidad médica que emita el bono de atención deberá percibir el correspondiente coseguro cuando así corresponda, facturando por lo tanto las prestaciones al titular de la cápita a los valores básicos del convenio pertinente, deducido el coseguro cuando el bono haya sido emitido por la Entidad Primaria Facturadora, en aquellos casos que el bono haya sido emitido por una entidad distinta a la facturadora, se facturará el coseguro a la Entidad Emisora con copia del bono correspondiente.

Las prestaciones de profesionales autorizados a facturar Arancel Diferenciado y que se encuentran avaladas por los respectivos bonos, serán facturadas a los valores que establece el convenio pertinente, para las respectivas categorías cuando el bono haya sido emitido por la Entidad pagadora, y a valores básicos del mismo convenio, deducido el coseguro, cuando la emisión corresponda a la Entidad facturadora.

Este punto deberá ser reevaluado dentro de los cambios previstos por el IOMA con respecto a la eliminación de la venta anticipada de bonos de consulta de las bocas de expendio.

e- La presentación de facturación de las prestaciones deberá realizarse a mes vencido el día 20 de cada mes o el día inmediato posterior hábil si fuera feriado, debiendo formalizarse el pago dentro de los cuarenta (40) días corridos contados a partir de esta fecha. Cuando por alguna razón el IOMA no hubiera abonado las cápitas correspondientes al mes de prestación facturado, el plazo de pago se extenderá hasta cinco (5) días hábiles después de abonadas la totalidad de las cápitas en cuestión.

f- Además de los libros de facturación que se presentan para su pago, y la documentación respaldatoria que corresponda, la información debe registrarse en un soporte magnético, conteniendo la información convenida de común acuerdo y con el aval del Instituto, a la vez de enviarle la correspondiente copia al IOMA. En el supuesto caso de débito se adjuntará la documentación respaldatoria en el mismo orden en que fue remitida.

Los datos requeridos así como el formato deberían fijarse de común acuerdo previamente a la firma del acta.

g- Todas las entidades médicas deberán contar con el padrón único de prestadores médicos inscriptos que han adherido a los convenios vigentes, para la atención de los beneficiarios del IOMA, en soporte magnético compatible con los sistemas instalados en cada una de las Entidades. En ese sentido, se establece que tanto para la autorización de prestaciones como al efecto del pago del Arancel Diferenciado, se tendrá en cuenta el padrón de la Entidad donde el profesional deberá facturar sus prestaciones.

Se establece que toda vez que se informe al IOMA las altas, bajas o modificaciones, se deberá remitir copia a las Instituciones.

Los datos requeridos así como el formato deberían fijarse de común acuerdo previamente a la firma del acta.

h- Los motivos de débitos a aplicar a la facturación serán los siguientes:

1. Falta de diagnóstico en el bono respectivo. El diagnóstico, sólo en el caso de prácticas, podrá suplirse acompañando adjunto la orden de prescripción del médico que solicita la misma indicando diagnóstico presuntivo.

2. Falta de firma de conformidad del afiliado en los bonos y/u órdenes.

3. Falta de firma y/o sello del profesional que factura.

4. Falta de la fecha y/u hora de la prestación.

5. Presentación de tres (3) consultas o más, realizadas a un mismo afiliado por el mismo profesional y en el mismo mes aniversario, que no acompañe resumen de Historia Clínica y/o ficha clínica, donde se detalle fechas de consultas realizadas. Se exceptuarán las consultas obstétricas a partir de la 36° semana de gestación indicando la semana correspondiente.

6. Superposición horaria de las prestaciones.

7. El lapso entre una consulta y la siguiente no podrá ser inferior a veinte (20) minutos.

8. Facturación de prestaciones a afiliados que no correspondan a la E.P.O. de la Institución que debe pagar el servicio al momento de la prestación.

9. Enmiendas en los bonos que no hubieren sido salvados por el médico interviniente.

10. Falta de identificación del afiliado en cuanto a su apellido, nombre y/o número de beneficiario.

11. Falta de orden de prescripción médica con el correspondiente diagnóstico en prácticas ambulatorias.

12. Falta de documentación avalatoria.

13. Falta sello del establecimiento en prestaciones brindadas a pacientes internados y planillas consultas de guardia.

14. Falta informe (excepto EEG-PAP-COLPO-RX COMUNES- ECG-ERGOMETRIA-TESTIFICACION TOTAL)

15. Los códigos de alta complejidad liviana, deberán ser autorizados por la Entidad Primaria de Origen (EPO).

16. Dos prestaciones iguales a un mismo paciente en un mismo día. En caso de resultar necesario se deberá justificar con informe médico.

17. Es causa de débito la facturación que supere los 90 (noventa) días corridos del momento de realizada la autorización ambulatoria o en internación

18. En el caso de pacientes psiquiátricos, cuando superen las 2 (dos) consultas al mismo beneficiario en el mismo mes.

19. Bono vencido y/o prescripción vencida en ambulatorio (válido 30 días).

20. Falta de impresión plantar del recién nacido en el protocolo del Neonatólogo.

21. Falta de protocolo quirúrgico (ambulatorias y/o internación). Los mismos deberán estar completos (Fecha, hora, datos del afiliado, sello y firma del cirujano y sello de la Clínica o Sanatorio)

22. Se facturará y se liquidará la consulta del día del alta médica, siempre que esté justificado por escrito la evaluación diaria de ese mismo día, previa a la indicación de alta. Es motivo de débito si sólo figura como evaluación la palabra “alta” o “alta médica”.

23. Gastos: se debitarán por falta del talón correspondiente.

24. Las prácticas ambulatorias deberán ser facturadas en la categoría correspondiente al profesional, independientemente a la categoría de la autorización emitida Se exceptúa Radiología, Ecografías y Hemoterapia que deberán facturarse siempre en categoría A.

25. Los honorarios de Cirujano y Ayudante realizados en internación deberán ser facturados siempre en la categoría correspondiente a dicho profesional, exceptuando las cirugías de alta complejidad.

26. Las prácticas médicas realizadas en internación se facturarán en categoría “A”, con excepción de las cirugías mencionadas en el punto anterior.

27. Diferencia de valor.

28. Diferencia de porcentaje.

29. Facturado cirujano corresponde ayudante (se adjunta copia de documentación avalatoria).

30. Facturado ayudante corresponde a cirujano (Devolución de documentación original para su posterior refacturación).

31. Falta de autorización Web.

32. Gastos: no corresponde facturar en internación.

33. Facturación correspondiente a otro profesional.

34. Facturar las internaciones con Historia Clínica.

35. Retenido por Auditoría Médica.

36. Autorización fuera de término en internación, la emisión del bono no debe superar los 30 días de la fecha de alta.

i- No se podrán argumentar otros motivos de ajustes que los enunciados precedentemente, salvo expreso acuerdo de partes.

Los aspectos formales que deban cumplirse al momento de la emisión de los Bonos (n° de afiliado, apellido y nombres, EPO, etc.), no darán lugar a débitos cuando los bonos sean emitidos en una boca de expendio de la Entidad médica pagadora.

Los débitos realizados a la facturación deben hacerse en planilla de débitos o en su defecto en el mismo libro de facturación, en ambos casos detallando el profesional al que se le efectúa el débito, el motivo del mismo y número de remesa, remito, resumen de liquidación y/o factura a la que pertenecía la facturación original.

Las refacturaciones podrán presentarse hasta noventa (90) días corridos, contados a partir de la fecha de la efectiva devolución (sello de recepción de la Entidad Prestadora) de la documentación correspondiente.

j- Las prácticas que requieran autorización previa serán emitidas indistintamente por la EPO o la EPE correspondiente, salvo en aquellos acuerdos de partes entre las Entidades, las que deberán ser comunicadas fehacientemente al IOMA.

k- Las Entidades Médicas (incluidas en el convenio capitado) abonarán las prestaciones facturadas por el SAMO, de afiliados correspondientes a las mismas. El IOMA informará a cada Entidad los montos, pudiendo la Entidad verificar los mismos de la facturación presentada al IOMA por el SAMO.

l- La facturación se debe realizar con el correspondiente sustento administrativo, auditada por la EPO y luego debitado, de la cápita respectiva.

m- Los afiliados de Capital Federal, que reciban prestaciones en la Pcia. de Buenos Aires se facturarán al IOMA como Clearing.

n- Los Afiliados de la Pcia de Buenos Aires que reciban prestaciones en Capital Federal, se facturarán a la EPO que corresponda a través del IOMA a valores de convenio. Dicha prestación será presentada el día veinte (20) posterior al del mes de prestación, para ser auditado por la Entidad de Origen, dentro de los cuarenta (40) días posteriores deberán conciliarse ambas facturaciones y efectuar el pago.

o- El Clearing será operado entre las Entidades firmantes del convenio. En caso de que surjan diferendos entre las Entidades respecto del Clearing, deberá intervenir el IOMA; como también el incumplimiento del pago de los clearing, habilita al IOMA a realizar los mismos con el débito correspondiente a la Entidad que no haya cumplido en tiempo y forma.

ANEXO 8

PLANILLA DE ADHESIÓN DE PROFESIONALES

Condiciones de adhesión

1.- Por la presente, adhiere en forma expresa a los términos del convenio vigente y sus modificatorias, suscripto entre la AME y el IOMA.

2.- Asimismo, declara conocer y se obliga a aceptar y dar cumplimiento a:

a) Las previsiones contractuales vigentes y sus modificatorias;

b) Los programas y/o planes de atención;

c) Los protocolos respectivos;

d) Las normas de atención y procedimiento;

e) Las resoluciones emanadas del Directorio del IOMA y/o las que se dicten por órgano inferior en ejercicio de facultad delegada por el Alto Cuerpo Colegiado del IOMA;

f) La Ley del IOMA Nº 6.982 (T.O. 1987) y su Decreto Reglamentario Nº 7.881/84

g) En particular, además de las restantes obligaciones que derivan del convenio entre IOMA y la Entidad que lo representa, se declara tener conocimiento tanto la prohibición de cobrar al afiliado cualquier arancel por fuera de los fijados por el convenio vigente, como del deber de exhibir en el consultorio las categorías y los valores que deberán abonar los afiliados en concepto de pago.

3.- Las normas legales, reglamentarias y/o contractuales que pudieren dictarse en el futuro, se considerarán oponibles al profesional luego de su publicación oficial y/o de su notificación fehaciente a la Entidad Intermedia que lo nuclea; asumiendo esta última en forma exclusiva la carga de llevar a conocimiento del profesional la comunicación respectiva.

4.- Las modificaciones que pudieren sufrir en el futuro los instrumentos destacados en los apartados a) al e) del punto 2, serán oponibles al profesional, con el alcance establecido en el punto 3.

IMPORTANTE

La presente adhesión constituye una manifestación de voluntad del profesional suscriptor que integra las restantes cláusulas del convenio vigente entre el IOMA y la Entidad que lo nuclea, razón por la cual, la inobservancia parcial o total a las condiciones de adhesión expresadas en los puntos 1 a 4 del presente, configura causal de incumplimiento contractual que habilita a el IOMA a rescindir parcialmente el vínculo respecto al profesional.

Firma y Sello del Profesional

ANEXO 9

PADRÓN DE PRESTADORES MÉDICOS

Conforme lo establecido en la cláusula primera, se adjunta en formato digital el padrón de prestadores médicos anterior al reempadronamiento.

IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DATOS PROFESIONALES

Apellido y Nombre: _____

Tipo y Nro. Documento:_____C.U.I.T.:_____

Matrícula Provincial: _____Entidad Médica: _____

Domicilio Constituido:

Calle_____Número: _____ Torre:___ Piso_____

Depto._____ Localidad:_____Código Postal: _____

Correo Electrónico_____Teléfono_____

Especialidad:_____Expedido por _____

Categoría Profesional _____

Firma y Sello

Profesional

Firma y Sello

Presidente de la Entidad

G O B I E R N O DE LA P R O V I N C I A DE B U E N O S A I R E S
2020 - Año del Bicentenario de la Provincia de Buenos Aires

Hoja Adicional de Firmas
Convenio

Número: RESO-2020-936-GDEBA-IOMA

LA PLATA, BUENOS AIRES
Jueves 27 de Febrero de 2020

Referencia: Convenio IOMA-AME

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 162 pagina/s.

Homero Federico Giles
Presidente
Instituto de Obra Médico Asistencial