

Guía de trámites

para las/os trabajadoras/es del IOMA

Edición Diciembre 2021

IOMA
INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

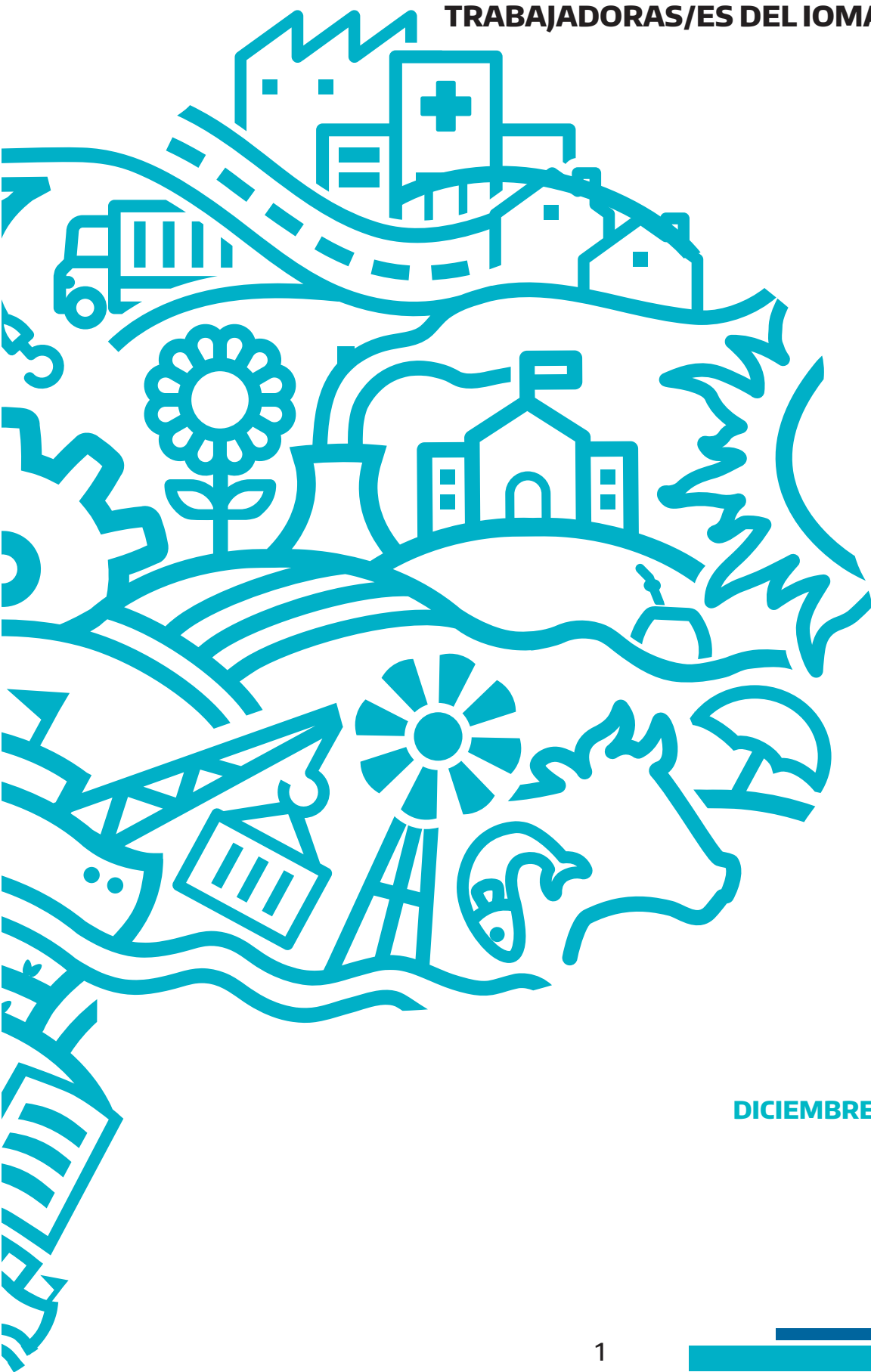


GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES



GUÍA DE TRÁMITES PARA LAS/OS

TRABAJADORAS/ES DEL IOMA



DICIEMBRE 2021

AUTORIDADES

Axel Kicillof

Gobernador de la provincia de Buenos Aires

Verónica Magario

Vicegobernadora de la provincia de Buenos Aires

Nicolás Kreplak

Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires

Homero Giles

Presidente del IOMA

Federico Paruelo

Director General de Regionalización del IOMA

Santiago Giorgetta

Director de Coordinación de Regiones IOMA

La Plata, Buenos Aires, Diciembre de 2021

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. AFILIACIONES

1.1	Mapa, mail de delegaciones. Pasos para afiliarse	P.13 A 21
1.2	Cómo afiliarse a IOMA.	P. 22
1.3	¿Cómo renovar la afiliación?	P.22
1.4	¿Puede una persona afiliarse de forma voluntaria?	P.22
1.5	¿Puede derivar sus aportes como monotributista?	P.22
1.6	¿Cómo afiliar a hija/o recién nacida/o?	P.23
1.7	¿A quién puedo afiliar a mi cargo?	P.23
1.8	¿Existen distintos planes de cobertura?	P.24
1.9	¿Cómo continuar siendo afiliada/o después de los 21 años y estudiando?	P.24
1.10	<i>Si la/el cónyuge tiene otra obra social obligatoria ¿Puede ponerse a cargo?</i>	P.25
1.11	¿Cómo dar de baja a un familiar a cargo?	P.25
1.12	¿Se aporta más por grupo familiar?	P.25
1.13	¿Cómo continuar con la afiliación al comenzar el trámite jubilatorio? ..	P.25
1.14	¿Qué trámite tiene que hacer una persona jubilada del IPS dada de baja en IOMA?	P.26
1.15	¿Cómo continuar con cobertura cumplido los 27 años?	P.26
1.16	Boletas de pago.	P.26

2. MEDICAMENTOS E INSUMOS

2.1	¿Cómo se solicita el medicamento?	P.31
2.2	¿Cómo se identifica que la receta esté correctamente confeccionada para realizar el trámite de autorización del medicamento?	P.31
2.3	¿Cómo se solicita la autorización de los medicamentos por delegación?	P.31
2.4	¿Por cuánto tiempo se autorizan los medicamentos?	P.32
2.5	¿Qué pasos debe seguir la persona afiliada para retirar los medicamentos?	P.32

3. AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA

3.1	¿Cómo se inicia una práctica médica ambulatoria oncológica en un centro prestador de IOMA?	P.35
3.2	Documentación necesaria para el inicio de trámite por medicación oncológica	P.35
3.3	Documentación por cambio de drogas a utilizar	P.36
3.4	¿Qué debe hacer la persona afiliada si el centro profesional elegido no es prestador de IOMA?	P.37
3.5	Cobertura mediante trámite de excepción, vía autorización a cargo del directorio	P.37

4. MEDICAMENTOS - PLAN MEPPES

4.1	¿Qué es el plan MEPPES?	P.43
4.2	¿Qué tipo de patologías y medicamentos cubre?	P.43
4.3	¿Cómo se solicita el medicamento?	P.43
4.4	¿Cómo se identifica que la receta esté correctamente confeccionada para realizar el trámite de autorización del MEPPES?	P.44
4.5	¿Cómo se solicita la autorización de los medicamentos por delegación?	P.44
4.6	¿Por cuánto tiempo se autorizan los medicamentos?	P.45
4.7	¿Qué pasos debe seguir la persona afiliada para retirar los medicamentos?	P.45
4.8	Patologías MEPPES	P.46

5. ACCESORIOS

5.1	Accesorios colostomía/ileostomía	P.51
5.2	Urostomía	P.51
5.3	Incontinencias	P.52
5.3.1.	Pañales y sondas para cateterismo permanente	P.52

5.3.2.	Sondas para cateterismo intermitente	P.53
5.4	Patología respiratoria y otros	P.54
5.5	Accesorios para alimentación enteral	P.55
5.6	Aplicación de inmunoglobulina subcutánea o antibioticoterapia endovenosa domiciliaria	P.56

6. INTERNACIÓN DOMICILIARIA

6.1	Internación domiciliaria (ID)	P.59
6.2	Documentación a presentar	P.60
6.3	Instancias del trámite	P.60
6.3.1	Carga de trámite	P.61
6.3.2	Auditoría en terreno	P.62

7. AMBULATORIO

7.1	Hemodiálisis ambulatoria	P.65
7.2	Prácticas de laboratorio	P.65
7.3	Anestesiología	P.67
7.4	Psoriasis.	P.68
7.5	Oftalmología - óptica	P.68
7.6	Nutrición/ obesidad	P.70
7.7	Kinesiología	P.71
7.8	Otorrinolaringología	P.74
7.9	Derivaciones a CABA	P.74
7.10	Estudios de baja, mediana y alta complejidad	P.75

8. PRESTACIONES INDIVIDUALES

8.1	Cuidador domiciliario/a	P.79
8.2	Acompañante terapéutico	P.83
8.3	Prestadores, requisitos para facturar y documentación a presentar	P.86

9. FACTURACIÓN

Requisitos básicos de facturación	P.91
---	------

10. PRESTACIONES ESPECIALES

10.1	Enfermería domiciliaria	P.95
10.2	Nutrición domiciliaria enteral y parental	P.98
10.3	Oxigenoterapia	P.99

11. SALUD MENTAL

11.1	Psicología	P.107
11.2	Internación en establecimientos de salud mental	P.109
11.3	Dispositivos ambulatorios	P.110
11.4	Internación en establecimientos de salud mental	P.114

12. EDUCATIVO TERAPÉUTICO

12	Documentación básica	P.117
12.1	Centro de día	P.120
12.1.1	Instituciones sin convenio	P.120
12.1.2	Instituciones con convenio	P.122
12.2	Centro educativo terapéutico	P.123
12.3	Escuela de educación especial	P.125
12.3.1	Ciclo lectivo de marzo a diciembre	P.125
12.3.2	Escuela de verano	P.127
12.4	Tratamiento ambulatorio multidisciplinario	P.128
12.5	Hogar básico para personas con discapacidad	P.130
12.6	Hogar asociado	P.133
12.7	Programa TEA	P.136
12.8	Evaluación TEA: Convenio FLENI 905020.	P.142

12.9	Psicopedagogía	P.143
-------------	-----------------------	--------------

13. TRANSPORTE Y TRASLADO

13.1	Transportes y traslado	P.149
13.2	Personas que concurren a Centros de día, Centros educativos terapéuticos y Escuelas especiales	P.152
13.3	Rehabilitación y pacientes ambulatorios	P.154
13.4	Traslados en ambulancia durante una internación	P.155
13.5	Traslados programados (call center)	P.157

14. DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

14.1	Hogares	P.161
14.2	Geriátrico	P.163

HERRAMIENTAS DIGITALES

15. IOMA DIGITAL PARA AFILIADOS/AS

15.1	Registro afiliadas/os web	P.169
15.2	Registro afiliadas/os app	P.169
15.3	Credencial digital	P.170
15.3.1	En web	P.170
15.3.2	En app	P.170
15.4	TOKEN	P.170
15.4.1	En web	P.171
15.4.2	En app	P.171
15.5	Receta electrónica	P.172
15.6	Turnos online	P.172
15.7	Olvido de contraseña	P.173
15.8	Trámites digitales	P.173
15.8.1	Iniciar un trámite digital desde la app	P.174

15.8.2	Iniciar un trámite digital desde la web	P.175
15.8.3	Puntos de Acceso Digital (PAD)	P.177
15.9	Seguimiento de trámites	P.177

16. GESTOR DE TRÁMITES DIGITALES

16.1	Registro de trabajadoras/es	P.178
16.2	Acceso al visor de trámites	P.179
16.3	Instancias de visado	P.184
16.3.1	Visión de carga	P.184
16.3.2	Visión de visador	P.186
16.3.3	Visión mesa de entrada	P.187
16.3.4	Visión del auditor	P.189
16.3.5	Visión DAFMA	P.191
16.3.6	Visión DGP	P.192
16.4	Síntesis según sistema correspondiente al trámite	P.193
16.4.1	Accesorios y oncológicos (ex API)	P.193
16.4.2	Ambulatorios a La Plata y compras	P.193
16.4.3	MEPPES	P.194
16.4.4	Prácticas médicas por excepción	P.194
16.4.5	Listado de posibles gestiones digitales	P.195
16.4.6	¿Cómo continúan los trámites según cada sistema?	P.196

17. PRESTADORES

17.1	Registro	P.197
17.2	Validador TOKEN	P.197
17.3	Receta electrónica	P.198
17.4	Olvido de contraseña	P.199

CENTROS DE ATENCIÓN EXCLUSIVA

18. POLICONSULTORIOS Y CLÍNICAS

18.1	Policonsultorios	P.203
18.2	Clínicas	P.203

19. REHABILITACIÓN Y PRÓTESIS

19.1	Requisitos para la cobertura de rehabilitación ambulatoria e internación en Instituciones	P.209
19.2	Equipamiento: Ortésico-Protésico y Silla de ruedas	P.215
19.3	Hogar y Centro de día para discapacitados adultos crónicos	P.220

ANEXO I - MEDICAMENTOS

DESDE PAGINA 225 A 233

Requisitos generales

Requisitos específicos

- 1.** Lupus eritematoso sistémico
- 2.** Esclerodermia
- 3.** Dermatomiositis
- 4.** Enfermedad de Sjogren
- 5.** Artritis reumatoidea
- 6.** Diabetes
- 7.** Insulinas
- 8.** Pubertad precoz
- 9.** Diabetes gestacional y diabetes en situación de estrés
- 10.** Epilepsia
- 11.** Esclerosis lateral amiotrófica
- 12.** Esclerosis múltiple
- 13.** HIV
- 14.** Hepatitis crónica Hepatitis B

15. Hepatitis C
16. Incompatibilidad RH
17. Inmunodeficiencias primarias
18. Trasplantes
19. Osteoporosis y enfermedad de Paget
20. Tuberculosis
21. Policitemia Vera
22. Enfermedad inflamatoria intestinal
23. Inmunodeprimidos y micosis profundas
24. Situaciones especiales
25. Suplementos nutricionales
26. Hepatología
27. Infectología
28. Oncológicas
29. Fibrosis quística/ patología respiratoria
30. Hipertensión pulmonar
31. Insuficiencia pancreática

ANEXO II - MATERIAL EN GUARDA Y CUSTODIA

DESDE PAGINA 237 A 240

1. Solicitud de insumos
2. Retiro
3. Archivo
4. Desarchivo
5. Destrucción

Para sugerencias e información que sea de utilidad en la guía, comunicarse al mail: ediciones.ioma.dgr@gmail.com

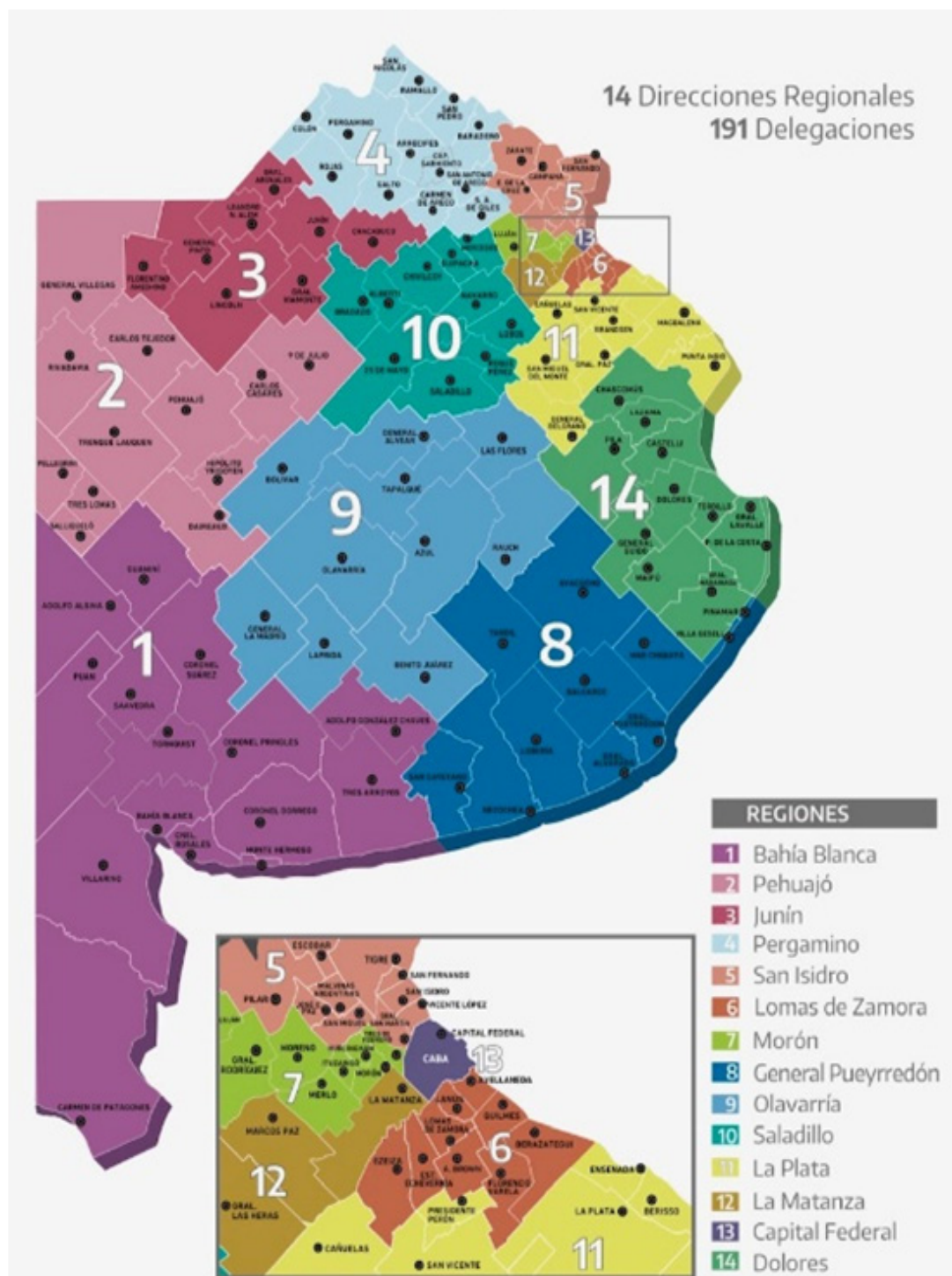


AFILIACIONES





1.1 MAPA. MAIL DE DELEGACIONES. PASOS PARA AFILIARSE A IOMA



MAIL DE DELEGACIONES

En los siguientes cuadros se encuentran los correos electrónicos de las delegaciones por región y en orden alfabético

REGIÓN 1: BAHÍA BLANCA

Delegación	Mail
Adolfo G. Chaves	deleg_agchaves@ioma.gba.gov.ar
Bahía Blanca	deleg_bahiablanca@ioma.gba.gov.ar
Carmen de Patagones	deleg_patagones@ioma.gba.gov.ar
Carhué	deleg_carhue@ioma.gba.gov.ar
Casbas	deleg_casbas@ioma.gba.gov.ar
Coronel Dorrego	deleg_dorrego@ioma.gba.gov.ar
Coronel Pringles	deleg_pringles@ioma.gba.gov.ar
Coronel Rosales	deleg_cnelrosales@ioma.gba.gov.ar
Coronel Suárez	deleg_coronelsuarez@ioma.gba.gov.ar
Daniel Cerri	deleg_cerri@ioma.gba.gov.ar
Darregueira	deleg_darregueira@ioma.gba.gov.ar
Garré	deleg_garre@ioma.gba.gov.ar
Guaminí	deleg_guamini@ioma.gba.gov.ar
Huanguelén	deleg_huanguelen@ioma.gba.gov.ar
Ingeniero White	deleg_ingwhite@ioma.gba.gov.ar
Laguna Alsina	deleg_lagunaalsina@ioma.gba.gov.ar
Mayor Buratovich	deleg_buratovich@ioma.gba.gov.ar
Médanos	deleg_villarino@ioma.gba.gov.ar
Monte Hermoso	deleg_montehermoso@ioma.gba.gov.ar
Orense	deleg_orense@ioma.gba.gov.ar
Oriente	deleg_oriente@ioma.gba.gov.ar
Pedro Luro	deleg_pedroluro@ioma.gba.gov.ar
Pigüé	deleg_pigue@ioma.gba.gov.ar
Puán	deleg_puan@ioma.gba.gov.ar
Saavedra	deleg_saavedra@ioma.gba.gov.ar
Sierra de la Ventana	deleg_sierradelaventana@ioma.gba.gov.ar
Stroeder	deleg_stroeder@ioma.gba.gov.ar
Tornquist	deleg_tornquis@ioma.gba.gov.ar
Tres Arroyos	deleg_3arroyos@ioma.gba.gov.ar
Villa Iris	deleg_villairis@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 2: PEHUAJÓ

Delegación	Mail
30 de Agosto	deleg_30deagosto@ioma.gba.gov.ar
Carlos Tejedor	deleg_carlostejedor@ioma.gba.gov.ar
Pellegrini	deleg_pellegrini@ioma.gba.gov.ar
Rivadavia	deleg_rivadavia@ioma.gba.gov.ar
Trenque Lauquen	deleg_trenquelauquen@ioma.gba.gov.ar
Tres Lomas	deleg_treslomas@ioma.gba.gov.ar
Salliqueló	deleg_salliquelo@ioma.gba.gov.ar
Pehuajó	deleg_pehuajo@ioma.gba.gov.ar
Hipólito Irigoyen	deleg_hipolitoyrigoyen@ioma.gba.gov.ar
General Villegas	deleg_gralvillegas@ioma.gba.gov.ar
Tres Algarrobos	deleg_3algarrobos@ioma.gba.gov.ar
Mones Cazón	deleg_monescazon@ioma.gba.gov.ar
Daireaux	deleg_daireux@ioma.gba.gov.ar
Carlos Casares	deleg_carloscasares@ioma.gba.gov.ar
9 de Julio	deleg_zavaliala@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 3: JUNÍN

Delegación	Mail
Ascensión	deleg_ascension@ioma.gba.gov.ar
Baigorrita	deleg_baigorrita@ioma.gba.gov.ar
Chacabuco	deleg_chacabuco@ioma.gba.gov.ar
Florentino Ameghino	deleg_ameghino@ioma.gba.gov.ar
Gral. Arenales	deleg_arenales@ioma.gba.gov.ar
Gral. Pinto	deleg_gralpinto@ioma.gba.gov.ar
Junín	deleg_junin@ioma.gba.gov.ar
Leandro N. Alem	deleg_leandronalem@ioma.gba.gov.ar
Lincoln	deleg_lincoln@ioma.gba.gov.ar
Los Toldos	deleg_lostoldos@ioma.gba.gov.ar
Rawson	deleg_rawson@ioma.gba.gov.ar
Zavalía	deleg_zavaliala@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 4: PERGAMINO

Delegación	Mail
Arrecifes	deleg_arrecifes@ioma.gba.gov.ar
Baradero	deleg_baradero@ioma.gba.gov.ar
Capitán Sarmiento	deleg_capitansarmiento@ioma.gba.gov.ar
Carmen de Areco	deleg_carmendeareco@ioma.gba.gov.ar
Colón	deleg_colon@ioma.gba.gov.ar
Pergamino	deleg_pergamino@ioma.gba.gov.ar
Ramallo	deleg_ramallo@ioma.gba.gov.ar
Rojas	deleg_rojas@ioma.gba.gov.ar
Salto	deleg_salto@ioma.gba.gov.ar
San Andrés de Giles	deleg_sagiles@ioma.gba.gov.ar
San Antonio de Areco	deleg_sadeareco@ioma.gba.gov.ar
San Nicolás	deleg_sannicolas@ioma.gba.gov.ar
San Pedro	deleg_sanpedro@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 5: SAN ISIDRO

Delegación	Mail
San Fernando	deleg_sanfernando@ioma.gba.gov.ar
Zárate	deleg_zarate@ioma.gba.gov.ar
Campana	deleg_campana@ioma.gba.gov.ar
Exaltación de la Cruz	deleg_exaltacion@ioma.gba.gov.ar
Los Cardales	deleg_loscardales@ioma.gba.gov.ar
Escobar	deleg_escobar@ioma.gba.gov.ar
Tigre	deleg_tigre@ioma.gba.gov.ar
San Fernando	deleg_sanfernando@ioma.gba.gov.ar
San Isidro	deleg_sanisidro@ioma.gba.gov.ar
Vicente López	deleg_vicentelopez@ioma.gba.gov.ar
General San Martín	deleg_gralsanmartin@ioma.gba.gov.ar
San Miguel	deleg_sanmiguel@ioma.gba.gov.ar
Malvinas Argentinas	deleg_malvinas@ioma.gba.gov.ar
José C. Paz	deleg_josecpaz@ioma.gba.gov.ar
Pilar	deleg_pilar@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 6: LOMAS DE ZAMORA

Delegación	Mail
Almirante Brown	deleg_altebrown@ioma.gba.gov.ar
Avellaneda	deleg_avellaneda@ioma.gba.gov.ar
Berazategui	deleg_berazategui@ioma.gba.gov.ar
Esteban Echeverría	deleg_echeverria@ioma.gba.gov.ar
Ezeiza	deleg_ezeiza@ioma.gba.gov.ar
Ezpeleta	deleg_ezpeleta@ioma.gba.gov.ar
Florencio Varela	deleg_varela@ioma.gba.gov.ar
Lanús	deleg_lanus@ioma.gba.gov.ar
Lomas de Zamora	deleg_lomas@ioma.gba.gov.ar
Quilmes	deleg_quilmes@ioma.gba.gov.ar
San Francisco Solano	deleg_solano@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 7: MORÓN

Delegación	Mail
General Rodríguez	deleg_gralrodriguez@ioma.gba.gov.ar
Hurlingham	deleg_hurlingham@ioma.gba.gov.ar
Ituzaingó	deleg_ituzaingo@ioma.gba.gov.ar
Luján	deleg_lujan@ioma.gba.gov.ar
Merlo	deleg_merlo@ioma.gba.gov.ar
Moreno	deleg_moreno@ioma.gba.gov.ar
Morón	deleg_moron@ioma.gba.gov.ar
Tres de Febrero	deleg_3defebrero@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 8: GRAL. PUEYRREDÓN

Delegación	Mail
Ayacucho	deleg_ayacucho@ioma.gba.gov.ar
Balcarce	deleg_balcarce@ioma.gba.gov.ar
Coronel Vidal	deleg_coronelvidal@ioma.gba.gov.ar
Lobería	deleg_loberia@ioma.gba.gov.ar
Mar del Plata	deleg_mardelplata@ioma.gba.gov.ar
MdP Sector Farmacias	deleg_mardelplata_farmacias@ioma.gba.gov.ar
Mechongué	deleg_mechongue@ioma.gba.gov.ar

Miramar	deleg_miramar@ioma.gba.gov.ar
Necochea	deleg_necochea@ioma.gba.gov.ar
Otamendi	deleg_otamendi@ioma.gba.gov.ar
Pinamar	deleg_pinamar@ioma.gba.gov.ar
Quequén	deleg_quequen@ioma.gba.gov.ar
San Cayetano	deleg_sancayetano@ioma.gba.gov.ar
Santa Clara del Mar	deleg_santaclara@ioma.gba.gov.ar
Tandil	deleg_tandil@ioma.gba.gov.ar
Vela	deleg_vela@ioma.gba.gov.ar
Villa Gesell	deleg_villagesell@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 9: OLAVARRÍA

Delegación	Mail
Azul	deleg_azul@ioma.gba.gov.ar
Barker	deleg_barker@ioma.gba.gov.ar
Benito Juárez	deleg_benitojuarez@ioma.gba.gov.ar
Bolívar	deleg_bolivar@ioma.gba.gov.ar
Cacharí	deleg_cachari@ioma.gba.gov.ar
Chillar	deleg_chillar@ioma.gba.gov.ar
General Alvear	deleg_alvear@ioma.gba.gov.ar
General La Madrid	deleg_lamadrid@ioma.gba.gov.ar
Laprida	deleg_laprida@ioma.gba.gov.ar
Las Flores	deleg_lasflores@ioma.gba.gov.ar
Rauch	deleg_rauch@ioma.gba.gov.ar
Sierra Chica	deleg_sierrachica@ioma.gba.gov.ar
Tapalqué	deleg_tapalque@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 10: SALADILLO

Delegación	Mail
Alberti	deleg_alberti@ioma.gba.gov.ar
Saladillo	deleg_saladillo@ioma.gba.gov.ar
25 de Mayo	deleg_25demayo@ioma.gba.gov.ar
Bragado	deleg_bragado@ioma.gba.gov.ar
Chivilcoy	deleg_chivilcoy@ioma.gba.gov.ar
Moquehuá	deleg_moquehua@ioma.gba.gov.ar
Norberto de la Riestra	deleg_delariestra@ioma.gba.gov.ar
Suipacha	deleg_suipacha@ioma.gba.gov.ar
Mercedes	deleg_mercedes@ioma.gba.gov.ar
Navarro	deleg_navarro@ioma.gba.gov.ar
Lobos	deleg_lobos@ioma.gba.gov.ar
Roque Pérez	deleg_roqueperez@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 11: LA PLATA

Delegación	Mail
Anexo Calle 7	deleg_laplata3@ioma.gba.gov.ar
Astilleros	deleg_astilleros@ioma.gba.gov.ar
Berisso	deleg_berisso@ioma.gba.gov.ar
Brandsen	deleg_brandsen@ioma.gba.gov.ar
Calle 7 - Medicamentos	deleg_laplata3-farm1@ioma.gba.gov.ar
Cañuelas	deleg_canuelas@ioma.gba.gov.ar
City Bell	deleg_citybell@ioma.gba.gov.ar
Ensenada	deleg_ensenada@ioma.gba.gov.ar
General Belgrano	deleg_gralbelgrano@ioma.gba.gov.ar
La Plata	deleg_laplata@ioma.gba.gov.ar
La Plata	deleglaplata_turnera@ioma.gba.gov.ar
Lisandro Olmos	deleg_olmos@ioma.gba.gov.ar
Los Hornos	deleg_loshornos@ioma.gba.gov.ar
Los Hornos - Sector Bonos	deleg_loshornos-bonos@ioma.gba.gov.ar
Magdalena	deleg_magdalena@ioma.gba.gov.ar
Melchor Romero	deleg_romero@ioma.gba.gov.ar

Punta Indio	deleg_puntaindio@ioma.gba.gov.ar
Ranchos	deleg_ranchos@ioma.gba.gov.ar
Ringuelet	deleg_ringuelet@ioma.gba.gov.ar
San Miguel del Monte	deleg_monte@ioma.gba.gov.ar
San Vicente	deleg_sanvicente@ioma.gba.gov.ar
Tolosa	deleg_tolosa@ioma.gba.gov.ar
Villa Elisa	deleg_villaelisa@ioma.gba.gov.ar
Villa Elvira	deleg_villaelvira@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 12: LA MATANZA

Delegación	Mail
General Las Heras	deleg_lasheras@ioma.gba.gov.ar
González Catán	deleg_gonzalezcatan@ioma.gba.gov.ar
La Matanza	deleg_lamatanza@ioma.gba.gov.ar
LaFerrere	deleg_laFerrere@ioma.gba.gov.ar
Marcos Paz	deleg_marcospaz@ioma.gba.gov.ar
Ramos Mejía	deleg_ramosmejia@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 13: CABA

Delegación	Mail
Capital Federal Región	deleg_capitalfederal@ioma.gba.gov.ar

REGIÓN 14: DOLORES

Delegación	Mail
Castelli	deleg_castelli@ioma.gba.gov.ar
Chascomús	deleg_chacomus@ioma.gba.gov.ar
Dolores Región	deleg_dolores@ioma.gba.gov.ar
General Guido	deleg_gralguido@ioma.gba.gov.ar
General Lavalle	deleg_grallavalle@ioma.gba.gov.ar
General Madariaga	deleg_madariaga@ioma.gba.gov.ar
Labardén	deleg_labarden@ioma.gba.gov.ar
Lezama	deleg_lezama@ioma.gba.gov.ar
Maipú	deleg_maipu@ioma.gba.gov.ar

Mar de Ajó	deleg_mardeajo@ioma.gba.gov.ar
Pila	deleg_pila@ioma.gba.gov.ar
San Clemente	deleg_sanclemente@ioma.gba.gov.ar
Santa Teresita	deleg_santateresita@ioma.gba.gov.ar
Tordillo	deleg_tordillo@ioma.gba.gov.ar

PASOS PARA AFILIARSE

- Ingresar a www.IOMA.gba.gob.ar
- Hacer clic en el botón "Autogestión Afiliadas/os"
- Ingresar al Portal de Afiliadas/os y hacer clic en "Afiliaciones/Trámites afiliatorios".
- Luego seleccionar la opción correspondiente.

CONTACTOS DE DIRECCIÓN DE AFILIACIONES SEDE CENTRAL

OBLIGATORIOS: obligatorios@ioma.gba.gov.ar

VOLUNTARIOS: voluntarios@ioma.gba.gov.ar

SECTOR ARTÍCULO 19: voluntarios.art19@gmail.com

CONVENIOS COLECTIVOS: aficonvenio@ioma.gba.gov.ar

CONVENIOS CON PROVINCIAS: aficonvrec@ioma.gba.gov.ar

1.2 ¿CÓMO AFILIARSE A IOMA?

Para realizar trámites afiliatorios se debe enviar un correo electrónico a la DELEGACIÓN correspondiente a su domicilio (Ver página 13 a 21).

Documentación básica a presentar:

- Fotocopia del DNI
- Fotocopia del último recibo de haberes
- Constancia de CUIL
- Ficha de afiliación cumplimentada en su totalidad, que se puede solicitar en la Delegación o imprimir desde la [Web de IOMA](#).

1.3 ¿CÓMO RENOVAR LA AFILIACIÓN?

Si por algún motivo la persona fue dada de baja y continúa trabajando para la provincia de Buenos Aires, tiene que presentarse en la Delegación o enviar un correo electrónico a la delegación que corresponda, presentando la documentación solicitada en el punto anterior.

1.4 ¿PUEDE UNA PERSONA AFILIARSE DE FORMA VOLUNTARIA?

Por el momento **los trámites de ALTAS NUEVAS DE AFILIACIONES VOLUNTARIAS** (que requieren estudios previos) **están temporalmente SUSPENDIDOS**.

Sí se puede realizar CONTINUIDADES, esto quiere decir que si se pierde la relación laboral y se deja de ser afiliado obligatorio, se puede realizar la continuidad como voluntario dentro de los 60 días corridos.

1.5 ¿PUEDE DERIVAR SUS APORTES COMO MONOTRIBUTISTA?

Las **personas monotributistas NO pueden derivar los aportes a IOMA**, por tratarse de una contribución de jurisdicción nacional. No es impedimento para solicitar una afiliación voluntaria (actualmente suspendida) eso sí, deberá pagar dos obras sociales.

1.6 ¿CÓMO AFILIAR A HIJA/O RECIÉN NACIDA/O?

Para realizar trámites afiliatorios de recién nacidas/os se debe enviar un correo electrónico a la Delegación (Ver página 13 a 21).

El correo tendrá que contar con la siguiente documentación:

- Fotocopias del DNI de ambos;
- Último recibo o comprobante de cobro de haberes; o ultima boleta de pago en caso de quienes posean afiliación voluntaria.
- En caso de no contar aún con el DNI del recién nacido se puede presentar provisoriamente, la Constancia de parto en donde figure el nombre de la madre y el padre o Certificado de nacimiento de la persona menor a incorporar. Se genera un número de DNI provisorio que luego se reemplaza por el definitivo.

1.7 ¿A QUIÉN PUEDO AFILIAR A MI CARGO?

- Hijas e hijos solteras/os menores de 21 años;
- Hijas e hijos mayores de 21 años, con afectación por una incapacidad superior al 66,67% total o parcial y permanente; carente de recursos o bienes de renta y que no se encuentren sujetas o sujetos a otra obra social obligatoria;
- Hijastros o hijos de la pareja cónyuge/conviviente a cargo, menores de 21 años carentes de recursos o bienes de renta; solteros.
- Menores de 18 años bajo guarda integral, tenencia o tutela;
- Hijas e hijos solteras/os, mayores de 21 años y hasta los 26 inclusive, siempre que acrediten ser alumnas o alumnos regulares de establecimientos de enseñanza, secundaria, terciaria o universitaria, oficiales o reconocidos;
- Nietas y nietos (deberán ser hijas o hijos de padre o madre menores de 21 años, a cargo de la persona afiliada directa, cuyo progenitor o progenitora no posea otro régimen asistencial obligatorio).

- Incapaces sometidas/os a curatela; (postulantes con curadores o personas de apoyo)
- Madres y padres, suegras y suegros, mayores de 60 años, con afectación por una incapacidad superior al 66,67%, total o parcial y permanente; carente de recursos y que no se encuentren sujetas o sujetos a otro régimen asistencial obligatorio;
- Convivientes: se considera a quien hubiese convivido por el término de dos (2) años y que tengan Unión Convivencial.

1.8 ¿EXISTEN DISTINTOS PLANES DE COBERTURA?

NO. Las/os afiliadas/os voluntarias/os así como las/os obligatorias/os tienen la misma cobertura, sólo que los primeros tienen un período de carencia para comenzar a utilizar las prestaciones. **NO HAY DISTINTOS PLANES PARA ADHERIRSE.**

1.9 ¿CÓMO CONTINUAR SIENDO AFILIADA/O DESPUÉS DE LOS 21 AÑOS Y ESTUDIANDO?

A partir de los 21 años, se debe presentar certificado de alumna/o regular para que continúe a cargo como HIJA/O ESTUDIANTE. Tiene que ser actualizado cada año, en los meses de marzo y abril, para renovar la afiliación.

La afiliación vence al 30/4 (renovar antes). Esta condición se mantiene hasta cumplir los 27 años. El certificado de alumna/o regular puede ser emitido por un establecimiento terciario, universitario o secundario (oficial o incorporado).

Es muy importante tener presente que la condición de hija/o estudiante a cargo se pierde si:

- La/el hija/o deja los estudios;
- Se recibe;
- Se casa;
- Cumple los 27 años.

1.10 SI LA/EL CÓNYUGE TIENE OTRA OBRA SOCIAL OBLIGATORIA ¿PUEDE PONERSE A CARGO?

Si la/el cónyuge está adherida/o a otra obra social, es decir que en la certificación de ANSES se indica que presenta sujeción a otro régimen asistencial obligatorio, puede incorporarse a IOMA con un aporte adicional que se descontará del recibo de sueldo de la persona afiliada titular.

Para esto, se debe presentar la ["Planilla de aceptación de descuento"](#).

1.11 ¿CÓMO DAR DE BAJA A UN FAMILIAR A CARGO?

Si la/el afiliada/o obligatoria/o quiere dar de baja a un familiar a su cargo, debe presentar la [planilla de BAJA](#) en la Delegación, adjuntando un justificativo.

1.12 ¿SE APORTA MÁS POR GRUPO FAMILIAR?

Los **Afiliados Obligatorios** tienen el aporte de Ley del 9,6%: el 4,8% se descuenta del sueldo, el otro 4,8% lo aporta su ente empleador. El aporte es el mismo para él o para todo su grupo familiar. En el único caso que deberá pagar un aporte adicional es si decide incorporar a su cargo a su esposa/o o conviviente y esta persona tiene ya otra obra social obligatoria. Deberá declararla/o en su Delegación (de forma Online y presencial) y después de firmar una "Aceptación de descuento" (se encuentra disponible en nuestra página web), recibirá el descuento de esa cuota en el recibo de sueldo. El trámite se inicia en la Delegación o vía mail.

Los **Afiliados Voluntarios** pagan por todos y cada uno de los integrantes del grupo familiar, dependiendo la cantidad de hijos se hace un descuento proporcional en la cuota.

1.13 ¿CÓMO CONTINUAR CON LA AFILIACIÓN AL COMENZAR EL TRÁMITE JUBILATORIO?

Las/os futuras/os jubiladas/os o pensionadas/os DE LA PROVINCIA, deberán presentar en su Delegación o enviar un mail a su DELEGACIÓN la siguiente documentación:

- Certificado de inicio de trámite expedido por el IPS, Caja de Jubilados y Pensionados de Policía o Resolución de cese de servicios (sólo para jubilaciones y pensiones en trámite).
- Credencial original o certificación afiliatoria.

1.14 ¿QUÉ TRÁMITE TIENE QUE HACER UNA PERSONA JUBILADA DEL IPS DADA DE BAJA EN IOMA?

Si ya finalizó su trámite de jubilación, y dentro del transcurso de un año, la persona deberá presentar para tener el alta definitiva:

- DNI;
- Constancia de CUIL;
- Recibo de IPS.

1.15 ¿CÓMO CONTINUAR CON COBERTURA CUMPLIDO LOS 27 AÑOS?

Al cumplir los 27 años, la persona puede continuar con IOMA en la modalidad de Afiliación Voluntaria individual. El titular debe presentarse en la Delegación dentro de los 60 días con Certificado de alumna/o regular actualizado o de última materia. Allí le confeccionarán un trámite por continuidad y le darán la 1° boleta para pagar.

Pasados esos 60 días, se pierde el beneficio de la continuidad y la persona debería ingresar con carencia y pre-existencia; es decir, tendrá que realizarse estudios médicos y previa aprobación de la auditoría médica. En este caso, tendrá 3 meses de espera para usar la obra social (**en este momento los ingresos con carencia se encuentran suspendidos**).

1.16 BOLETAS DE PAGO

¿Cómo se descarga la boleta de pago?

Se puede descargar la boleta de pago de forma muy sencilla desde nuestro sitio web:

- Ingresar a la web de [IOMA](#)
- Hacer clic en "Autogestión Afiliadas/os"
- Hacer clic en el botón "Imprimir tu factura".

Información de pagos

Antes del 2° vencimiento la persona puede abonar su boleta en los siguientes lugares:

- Home Banking;
- Cajeros automáticos de la red LINK;
- www.linkpagos.com.ar;
- Provincia Net

Después del 2do vencimiento deberá dirigirse a la Delegación para la impresión de la nueva boleta de pago, con los intereses correspondientes. Luego, podrá cancelar la deuda en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, en cualquier Provincia Net o a través de Link Pagos. Es importante conservar los comprobantes de pago.

Si la persona está bancarizada, podrá continuar normalmente sus pagos vía homebanking. Es necesario buscar el código link que se encuentra en la parte superior derecha de la boleta, la misma se puede descargar de la web de IOMA desde el ["Portal de afiliadas/os"](#) o recibirla al domicilio en el caso de ser mayor de 60 años.

Si los pagos están al día, con este código se podrá abonar la cuota vía internet en los Bancos y cajeros automáticos de la Red Link. Una vez que se ingresa, en el ítem Medicina Prepaga y Obras Sociales figura el Instituto de Obra Médico Asistencial.

Si se opta por pagar físicamente, puede hacerse en cualquier [Provincia Net](#) (consultar en la web la sucursal más cercana al domicilio). No es necesario llevar la boleta, puede realizarse el pago con la sola mención del número de DNI y la indicación del período a abonar.

Vencidas o errores de pago

Cuando se reciben boletas con este problema, es muy probable que se haya impreso con anterioridad al pago. Si la persona tiene su comprobante, puede desestimar lo que le haya llegado. Para más información, contactarse con:

Afiliaciones Voluntarias: 0221 429-5974 / 952

Mail: voluntarios@ioma.gba.gov.ar

Aparece para pagar alguna boleta ya paga

En este caso se debe enviar un mail a: recaudaciones@ioma.gba.gov.ar, detallando la situación y, si es posible, adjuntando imagen de la boleta abonada, además de informar los datos, número de afiliada/o y teléfono de contacto.

Una vez que se pagan las boletas adeudadas, ¿cuándo se da de alta?

Una vez que se hayan abonado los meses adeudados, la persona deberá acercarse a su Delegación con los comprobantes para que sean informados al sector correspondiente y pueda nuevamente acceder a la cobertura, se modifique su estado E para Z (incorporarlo nuevamente en el padrón).

¿Cómo acceder a la boleta si la persona está dada de baja?

En este caso, deberá solicitar la boleta actualizada en la Delegación que le corresponda por domicilio.

¿Qué hago si aboné 2 veces el mismo mes?

Frente a esta situación, enviar un mail a recaudaciones@ioma.gba.gov.ar con los comprobantes de pago correspondientes.



MEDICAMENTOS E INSUMOS





2. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Los medicamentos ambulatorios son cargados en el sistema SOL.

2.1 ¿CÓMO SE SOLICITA EL MEDICAMENTO?

Pasos para tramitar medicación ambulatoria:

La persona afiliada debe concurrir a una Institución o a un profesional que sea prestador del IOMA para realizar la consulta correspondiente para la solicitud del medicamento. Ahí se le entregará la receta para el medicamento ambulatorio.

2.2 ¿CÓMO SE IDENTIFICA QUE LA RECETA ESTÉ CORRECTAMENTE CONFECCIONADA PARA REALIZAR EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN DEL MEDICAMENTO?

- Deberá estar confeccionada en los recetarios del Instituto o en recetarios SAMO (con sello correspondiente al Hospital público)
- Tendrá que contar con la patología descrita (Diagnóstico)
- Deberá encontrarse dentro de los 30 días de la prescripción Vencimiento)
- Tendrá que incluir el/los medicamento/s prescripto/s en genérico (nombre de la droga), la descripción de dosis por día y la duración del tratamiento.

2.3 ¿CÓMO SE SOLICITA LA AUTORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POR DELEGACIÓN?

Una vez que la persona afiliada tiene la receta puede hacerlo de manera presencial en la Delegación correspondiente a su domicilio para iniciar el trámite con la siguiente documentación EN FOTOCOPIA:

- DNI
- Receta (fotocopia)
- Resumen de historia clínica, con diagnóstico actualizado y objetivo terapéutico buscado (fotocopia)
- Estudios complementarios (si es que tiene, fotocopias de los que correspondan)
- Para la renovación, la persona afiliada deberá realizar el mismo trámite en su Delegación
- Para solicitar un cambio en el tratamiento, deberá presentar estudios que justifiquen la modificación
- Para solicitar mayor cobertura, deberá presentar el recibo de sueldo.

Actualmente también se pueden iniciar este tipo de [trámites por la web y la app](#) (ver página 169)

2.4 ¿POR CUÁNTO TIEMPO SE AUTORIZAN LOS MEDICAMENTOS?

Los medicamentos son autorizados por ciclos, dependiendo del diagnóstico, patología o medicamento. La persona afiliada puede seguir la evolución de su trámite a través de la app o de la sección "Autogestión de afiliadas/os" desde la web de IOMA

2.5 ¿QUÉ PASOS DEBE SEGUIR LA PERSONA AFILIADA PARA RETIRAR LOS MEDICAMENTOS?

Retiro de autorización por Delegación:

La persona afiliada deberá presentarse en la delegación con la receta original donde se le entregará la orden de provisión y se autorizará con firma del/la médica/o auditor/a, la receta para presentar en la farmacia, quedando en poder del afiliada/o las subsiguientes órdenes de provisión (mensuales/ ciclos) que deberá retirar mes a mes.



AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA





AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA

3.1 ¿CÓMO SE INICIA UNA PRÁCTICA MÉDICA AMBULATORIA ONCOLÓGICA EN UN CENTRO PRESTADOR DE IOMA?

La persona afiliada deberá concurrir al prestador (profesional, institución o agente sanitario) que figura en la cartilla, quien podrá solicitar la autorización vía web. También existe la posibilidad de que el/la afiliado/a realice su propia gestión digital vía web o app ([ver página 169](#))

Para ello deberá presentar la siguiente documentación:

- DNI
- Credencial digital o fotocopia de su versión física.
- Orden Médica
- Resumen de Historia Clínica
- En el caso de quimioterapia LLEVAR FOTOCOPIA DE RECETA MEPPES OTORGADA POR IOMA para entregarle al prestador.

En caso de la autorización de una práctica complementaria o por una segunda instancia se deberá presentar:

- Estudios complementarios que estadifiquen la patología.
- Diagnóstico histopatológico que confirme la patología a tratar. En su defecto, el inmunohistoquímico.

3.2 DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL INICIO DE TRÁMITES POR MEDICAMENTOS

La persona afiliada deberá presentarse en su Delegación con la siguiente documentación personal:

- DNI
- Diagnóstico histopatológico que confirme la patología a tratar o en su defecto, el Inmunohistoquímico.
- Estudios complementarios que estadifiquen la patología.
- Ficha oncológica con detalle de peso, talla y superficie corporal, detalle de los medicamentos, dosis, vías de administración y días de aplicación, así como el intervalo interciclo y la cantidad de ciclos programados.
- Resumen de Historia.
- Receta original.

Documentación necesaria para la renovación del trámite

La persona afiliada deberá presentarse en la Delegación con la siguiente documentación personal:

- DNI;
- Estudios complementarios que evalúen la respuesta al tratamiento;
- Ficha oncológica con detalle de peso, talla y superficie corporal, detalle de los medicamentos, dosis, vías de administración y días de aplicación, así como el intervalo interciclo y la cantidad de ciclos programados;
- Evolución clínica;
- Fotocopia de la receta.

3.3 DOCUMENTACIÓN POR CAMBIO DE DROGAS A UTILIZAR

La persona afiliada deberá presentarse en la delegación con la siguiente documentación:

- DNI;
- Detalle de las drogas solicitadas;
- Historia clínica especificando: motivo del cambio, progresión, falta de respuesta al tratamiento y detalle de peso, talla y superficie corporal;
- Estudios que justifiquen el cambio.

3.4 ¿QUÉ DEBE HACER LA PERSONA AFILIADA SI EL CENTRO PROFESIONAL ELEGIDO NO ES PRESTADOR DE IOMA?

En aquellos casos en los que el Centro o profesional elegido no sean prestadores así como las prestaciones convenidas, desde la delegación se deberá iniciar un trámite de excepción con decisión final a cargo del Directorio.

Documentación necesaria para estos casos:

- DNI;
- Orden médica;
- Historia clínica;
- Estudios complementarios realizados;
- Protocolo de anatomía patológica;
- Presupuesto de la práctica a realizar.

3.5 COBERTURA MEDIANTE TRÁMITE DE EXCEPCIÓN, VÍA AUTORIZACIÓN A CARGO DEL DIRECTORIO EN:

- Radiocirugía
- Radioisótopos

Para trámites denominados de Excepción, las situaciones pueden ser las siguientes:

1) Los medicamentos solicitados son los denominados de compra abierta. Si la persona afiliada solicita mayor cobertura, deberá agregarse como documentación indispensable:

- Nota explicando los motivos por los que solicita mayor cobertura;
- Certificado de discapacidad;
- Recibo de sueldo.

2) Trámites de excepción

Son medicamentos que se encuentran fuera de convenios, por ejemplo, los comprendidos en la Resolución 5410/18 (denominados de compra directa). Estos productos son adquiridos por IOMA a través de droguerías y se debe adjuntar la receta original, ya que es requisito indispensable para realizar el circuito de compra.

La Dirección de Sistemas de Información y Estadística está desarrollando una ampliación del sistema de medicamentos de compra y el requisito de la receta original a la brevedad va a perder vigencia. Igualmente, siempre es importante mostrar la receta original y chequearla con la copia, para evitar errores.

3) Los medicamentos requieren autorización previa a la dispensa.

Puede ser descentralizada (con resolución de auditoría en IOMA región) o centralizada (la auditoría debe ser realizada en IOMA central). Apartados 51, 3 y 17.

4) Respecto a los medicamentos importados.

No sólo es necesaria toda la documentación de rigor, sino también un trámite previo que debe realizar la persona afiliada en el ANMAT (ente regulador que permite el ingreso en el país del medicamento solicitado) que será adjuntado al momento de iniciar el trámite.

La cobertura incluye:

- Prácticas diagnósticas no invasivas en prestadores adheridos.
- Prácticas diagnósticas invasivas de última generación en prestadores adheridos.

- Consultas médicas según categoría del profesional elegido.

Internaciones clínicas y quirúrgicas para resección, excéresis, extirpación, quimioterapia (cuando sea necesario), por complicaciones.

- Quimioterapia ambulatoria en prestadores adheridos.
- Colocación y provisión de sistemas de infusión de drogas, cuando

resulte necesario.

- Provisión de drogas oncológicas de acuerdo a protocolos y normas de IOMA con consenso.
- Tratamientos radiantes de cobaltoterapia, acelerador lineal, braquiterapia de baja y de alta tasa de dosis, acelerador lineal con planificación tridimensional, tratamientos radiantes con estereotaxia.
- Tratamientos radio quirúrgicos intracerebrales y extracerebrales (vía excepción).





PLAN MEPPES



MEDICAMENTOS PLAN MEPPES

Nivel de Cobertura al 100%. Actualmente los medicamentos del Plan MEPPES, pueden gestionarse de manera digital ([ver página 169](#)).

4.1 ¿QUÉ ES EL PLAN MEPPES?

Es un sistema de autorización y control médico e informático para la realización de trámites que permite el seguimiento de la entrega de ciertos medicamentos. Para garantizar una mejor calidad en el servicio prestacional, tanto el trámite como la dispensación de medicamentos se realiza en la localidad de residencia. El trámite se carga en las Regiones y/o Delegaciones y la auditoría se realiza online en Sede Central o descentralizada, según corresponda.

4.2 ¿QUÉ TIPO DE PATOLOGÍAS Y MEDICAMENTOS CUBRE EL PLAN MEPPES?

- Patologías especiales o de alto impacto (oncológicos, hematológico, HIV, esclerosis múltiple, osteoporosis, afecciones psiquiátricas, trasplantados, diabetes). Con cobertura del 100%
- Toda medicación incluida en protocolo oncológico. Con cobertura del 100%
- Medicamentos durante una internación. Con cobertura del 100%
- Trasplantados, inmunodepresores

4.3 ¿CÓMO SE SOLICITA EL MEDICAMENTO?

La persona afiliada concurre a una Institución o profesional prestador de IOMA a realizar la consulta correspondiente para la solicitud del medicamento. Ahí se le entregará la receta.

4.4 ¿CÓMO SE IDENTIFICA QUE LA RECETA ESTÉ CORRECTAMENTE CONFECCIONADA PARA REALIZAR EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN DEL MEPPES?

- Deberá estar confeccionada en los recetarios del Instituto o en recetarios SAMO (con sello correspondiente al Hospital público);
- El medicamento deberá estar incluido en el plan MEPPES;
- Tendrá que contar con la Patología descrita (Diagnóstico)
- Deberá encontrarse dentro de los 30 días de la prescripción (vencimiento).
- Tendrá que incluir el/los medicamento/s prescripto/s en genérico (nombre de la droga), la descripción de dosis por día y la duración del tratamiento.

4.5 ¿CÓMO SE SOLICITA LA AUTORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POR DELEGACIÓN?

Una vez que la persona afiliada tiene la receta, se presentará en la Delegación correspondiente a su domicilio para iniciar el trámite con la siguiente documentación personal:

- DNI;
- Receta (original);
- Resumen de historia clínica, con diagnóstico actualizado y objetivo terapéutico buscado (original);
- Estudios complementarios (si es que tiene, los que correspondan, en fotocopia);
- Para la renovación, la persona afiliada deberá realizar el mismo trámite;
- Para solicitar un cambio en el tratamiento, deberá presentar estudios que documenten la modificación.

4.6 ¿POR CUÁNTO TIEMPO SE AUTORIZAN LOS MEDICAMENTOS?

Los medicamentos son autorizados por ciclos dependiendo siempre del diagnóstico, patología o medicamento. Los ciclos pueden variar y se establecen por cantidad de días, que pueden ser entre 21 y 50, de acuerdo al pedido médico.

La persona afiliada puede realizar el seguimiento de su trámite por la aplicación IOMA digital o por Autogestión.

4.7 ¿QUÉ PASOS DEBE SEGUIR LA PERSONA AFILIADA PARA RETIRAR LOS MEDICAMENTOS?

Retiro de autorización por Delegación: Una vez obtenida la autorización de la receta del plan MEPPES, la persona afiliada deberá retirar por la Delegación la autorización impresa, con los datos personales, los medicamentos autorizados y las cantidades correspondientes. De acuerdo a la cantidad de ciclos autorizados se emiten las órdenes de provisión o autorizaciones, y cada una tendrá fecha de vigencia correspondiente al mismo.

Por emergencia Covid-19 se autorizó que la persona afiliada no tenga que volver a su médica/o a que le firme la receta autorizada.

Retiro del medicamento: Con la receta MEPPES ya obtenida, la persona afiliada se presentará en la farmacia que esté adherida al Plan MEPPES y solicitará el medicamento correspondiente. Quedará en su poder la constancia correspondiente para retirar el medicamento. La farmacia solicitará el medicamento con el código de autorización generando el proceso de provisión y dispensa informándole a la persona afiliada el tiempo aproximado en el que deberá volver para retirarlo.

Seguimiento post auditoría: Las recetas ingresadas a la farmacia pueden visualizarse en la solapa de post auditoría de la aplicación Centro de Control MEPPES Online. Allí se puede observar la fecha de ingreso en farmacia, la fecha y la droguería asignada y el remito de entrega de la medicación en farmacia.

Tener en cuenta que las recetas ingresadas tienen un plazo de entrega de la medicación de 48 a 72 h.

Pasado ese tiempo, se puede realizar el reclamo en Centro de Control, enviando un correo electrónico. Luego se indicará si se trata de una medicación en falta, si se realiza el reclamo por demora de entrega y los pasos a seguir.

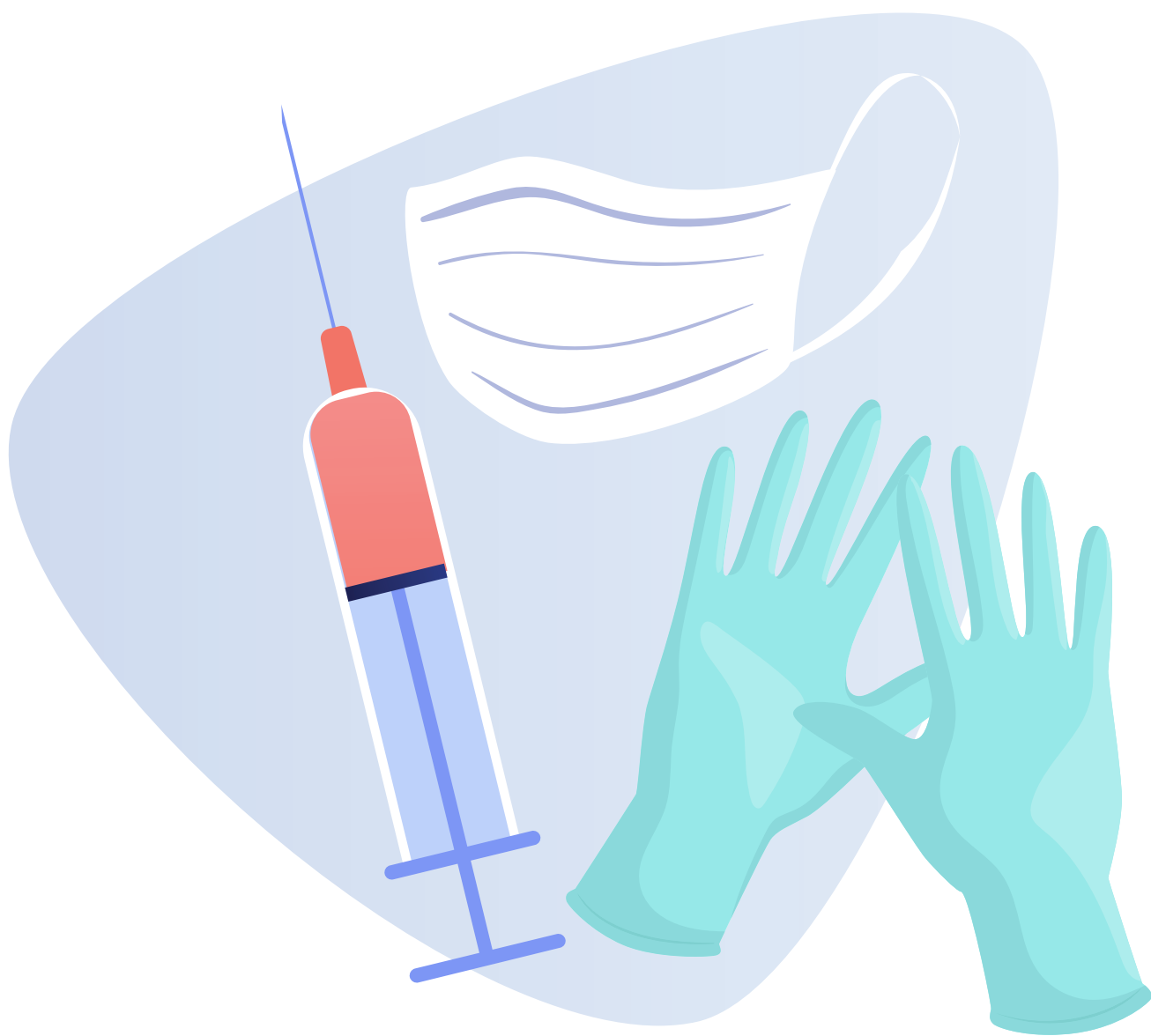
4.8 PATOLOGÍAS MEPPES Y SITUACIONES ESPECIALES (ORDENADO POR ESPECIALIDAD) Y REQUISITOS ESPECÍFICOS DE CADA UNA

Cardiopatías congénitas

- Cardiopatía isquémica y angina inestable.
- Colagenopatías (cobertura de 2° a 4° línea de tratamiento): Artritis reumatoide, Artritis psoriásica, Psoriasis, Lupus E. S. Esclerodermia, Enfermedad de Behcet.
- Diabetes.
- Osteoporosis y Enfermedad de Pager.
- Hipopituitarismo, Pubertad precoz, Acromegalia y Síndrome de Turner.
- Enfermedad Fibroquística.
- Epilepsia (cobertura de 2° a 4° línea de tratamiento).
- Esclerosis lateral amiotrófica.
- Esclerosis múltiple.
- Parkinson (cobertura de 2° a 4° línea de tratamiento).
- Parálisis cerebral, Blefaroespasma y Estrabismo.
- Esquizofrenia, Psicosis y enfermedades relacionadas (cobertura de 2° a 4° línea de tratamiento).
- Hemofilia.
- Incompatibilidad RH Materna.
- Inmunodeficiencias primarias.
- Profilaxis en cirugía de cadera y rodillas, Trombosis venosas profundas, Tromboembolismo pulmonar y Síndrome fosfolipídico.

- Talasemias y hemocromatosis. Anemias hemolíticas y déficit del C1Q del complemento.
- Policitemia vera.
- Mielodisplasia.
- Hepatitis crónica.
- Enfermedad intestinal inflamatoria.
- Insuficiencia Renal Crónica (solamente las que no pertenecen al convenio IOMA-Asociación Regional de Diálisis y las que pertenecen a Hospitales Públicos).
- VIH +.
- Profilaxis Virus Sincicial Respiratorio.
- Inmunodeprimidos con micosis profundas en diversas patologías.
- Patología oncológica y oncohematológica del niño y del adulto.
- Trasplantes (cardíaco, cardiopulmonar, renal, hepático y de médula ósea).
- Situaciones especiales: suplementos nutricionales en el marco de patologías MEPPES. Factores de crecimiento mieloides en aplasia.
- Hipertensión pulmonar.





ACCESORIOS





Los accesorios se encuentran por orden alfabético.

5.1 ACCESORIOS COLOSTOMÍA / ILEOSTOMÍA

- Bolsas de ostomía cerradas (colostomía) una pieza;
- Bolsas de ostomía cerradas (colostomía) 2 piezas;
- Bolsas de ostomía abiertas (colostomía) 2 piezas;
- Bolsas de ostomía abiertas 2 piezas (ileostomía);
- Discos (p/bolsas de 2 piezas);
- Pastas para ostomía;
- Polvos para ostomía;
- Pasta moldeable.

Requisitos

- Receta;
- Historia clínica;
- Protocolo quirúrgico;
- Estudio anatomopatograma.

5.2 UROSTOMÍA

- Bolsas de urostomía 1 pieza;
- Bolsas de urostomía 2 piezas;
- Discos (p/bolsas de 2 piezas);
- Pastas para ostomía;
- Polvos para ostomía;
- Pasta moldeable.

Requisitos

- Receta;
- Historia clínica;
- Protocolo quirúrgico;
- Estudio anatomopatograma.

5.3 INCONTINENCIAS

5.3.1 PAÑALES Y SONDAS PARA CATETERISMO PERMANENTE:

- Bolsas colectoras de orina para cama hasta 10 unidades por mes;
 - Bolsas colectoras de orina de pierna hasta 10 unidades por mes;
 - Pañales descartables adultos 3.10 Pañales descartables infantiles;
 - Sonda de látex con balón de 2 vías (Foley punta Nelatón o Tiemann);
 - Sonda de silicona con balón de 2 vías (Foley punta Nelatón o Tiemann);
 - Sonda de silicona con balón de 2 vías (Foley punta Nelatón o Tiemann)
- hasta 2 unidades
- Sonda de látex con balón de 3 vías (Foley punta Nelatón o Tiemann);
 - Sonda de silicona con balón de 3 vías (Foley punta Nelatón o Tiemann);
 - Sonda de silicona con balón de 3 vías (Foley punta Nelatón o Tiemann);
 - Tapones anales.

Requisitos

- Receta;
- Historia clínica;
- Protocolo quirúrgico;
- Protocolo quirúrgico;
- Laboratorio c/fx renal;
- Urocultivo;
- Ecografía renal de vías urinarias y vejiga (solo en el inicio);
- Resonancia magnética nuclear (solo para traumatismo medular o

enfermedades neurológicas EM, ACV).

5.3.2 SONDAS PARA CATETERISMO INTERMITENTE

- Sonda paracateterismo intermitente de látex tipo Nelaton sin lubricar hasta 120 unidades por mes;
- Sonda para cateterismo intermitente tipo Nelaton lubricadas hasta 120 unidades por mes;
- Sonda para cateterismo intermitente tipo Nelaton lubricadas e hidrofílicas adultos hasta 120 unidades por mes;
- Sonda para cateterismo intermitente tipo Nelaton lubricadas e hidrofílicas pediátricas hasta 120 unidades por mes;
- Sonda para cateterismo intermitente tipo Nelaton lubricadas e hidrofílicas neonatal hasta 120 unidades por mes;
- Sonda para cateterismo intermitente tipo Nelaton pre lubricadas e hidrofílicas hasta 120 unidades por mes;
- Catéteres tipo K.

Requisitos

- Receta;
- Historia clínica;
- CUD (Certificado Único de Discapacidad).

Estudios para sondas

- Laboratorio c/fx renal (inicio y renovación);
- Urocultivos (inicio y renovación);
- Ecografía renal, de vías urinarias y vejiga (inicio y todas aquellas que se realicen en el transcurso del año previo a la solicitud);
- CUGM (cistouretrografía miccional) (inicio o en la solicitud siguiente a su realización o a pedido de la auditoría central);

- Estudio urodinámico (cistometría, flujometría EMG)(inicio o en la solicitud siguiente a su realización o a pedido de la auditoría central);
- Resonancia magnética nuclear (traumatismo medular, enfermedad neurológica, EM, ACV).

5.4 PATOLOGÍA RESPIRATORIA Y OTROS

- Aerocámara
- Agujas tipo Butterfly
- Apósitos estériles
- Apósito adhesivo transparente
- Barbijos rígidos hasta 2 unidades por mes
- Barbijos no rígidos hasta 10 unidades por mes
- Bolsas de alimentación
- Cánula para traqueostomía hasta 6 unidades por mes (reutilizables)
- Catéteres tipo K para secreción de mucus o cánulas de aspiración hasta 150 por mes;
- Cintas;
- Filtros para cánula de traqueostomía hasta 30 unidades por mes;
- Filtros para humidificador hasta 30 unidades por mes;
- Gasas por unidad;
- Guías de suero microgoteo;
- Guías de suero macrogoteo;
- Guantes descartables;
- Guantes estériles;
- Jeringas 5cc o 10 cc 60 unidades por mes;
- Jeringas de 5-10 cc;
- Llave de tres vías;
- Pipeta tipo Pari;
- Pipetas para nebulizar 2 únicas provisiones;

- Perfus para infusión antibiótico terapia;
- Pipeta Pari;
- Sondas nasogástrica;
- Sonda K 30 P;
- Sondas tipo K 108 (alimentación nasogástrica);
- Tubos endotraqueales hasta 2 unidades por mes;
- Vendas.

Requisitos

- Receta;
- Historia clínica;
- CUD (Certificado Único de Discapacidad);
- Protocolo quirúrgico.

5.5 ACCESORIOS PARA ALIMENTACIÓN ENTERAL

- Bolsas para alimentación enteral;
- Sondas nasogástricas (SNG).

Requisitos

- Receta;
- Historia clínica.

5.6 APLICACIÓN DE INMUNOGLOBULINA SUBCUTÁNEA O ANTIBIÓTICO TERAPIA ENDOVENOSA DOMICILIARIA

- Agujas;
- Apósito adhesivo transparente;
- Dispositivos betterfly;
- Gasa;
- Guías de suero de macrogotero/microgoteo;
- Guantes;
- Jeringas;
- Llave de tres vías.

Requisitos

- Receta;
- Historia clínica;
- Cultivos, epicrisis, protocolo quirúrgico, ecocardiograma;
- Tener trámite aprobado de inmunoglobulina o antibiótico terapia endovenosa.



INTERNACIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL





6.1 INTERNACIÓN DOMICILIARIA (ID)

La internación domiciliaria es el conjunto de acciones organizadas por diversos profesionales, técnicos y administrativos, para la atención de patologías complejas, bajo protocolos definidos de prestación y registros unificados de asistencia, administrados en el domicilio del/la paciente.

Está dirigida a pacientes que han sufrido una patología aguda y, habiendo superado dicho evento, requieren abordaje multidisciplinario para transitar en su domicilio el periodo subagudo de su enfermedad y su evolución de mayor a menor complejidad.

Objetivos:

- Fomentar la evolución de la persona afiliada en un entorno socio-familiar, en el cual tenga participación activa, motivo por el cual se requiere que no viva sola y que cuente con ciertas condiciones en el hogar;
- Evitar la institucionalización y los días de internación, disminuyendo la probabilidad de infección intrahospitalaria.

PATOLOGÍAS QUE INCLUYE

- Tratamientos endovenosos prolongados;
- Heridas que no admiten tratamiento ambulatorio;
- Asistencia respiratoria mecánica;
- Secuelas graves de enfermedades que requieran mantenimiento de las funciones vitales.

PATOLOGÍAS QUE EXCLUYE

- Adultos mayores que no requieran de enfermería profesional;
- Pacientes secueles crónicos permanentes sin complejidad;
- Enfermedades sistémicas crónicas sin requerimiento de insumos ni enfermería profesional;

- Pacientes que asisten a una institución, establecimiento de salud o enseñanza;
- Pacientes que solo requieran alimentación enteral con bomba.

En estos casos, evaluar si las prestaciones que requieren son individuales, por ejemplo, cuidador domiciliario ([ver página 79](#)).

6.2 DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- Planilla de solicitud de prestación por médico/a de cabecera;
- Documentación: carnet y DNI de la persona afiliada directa y familiar a cargo (Af. Obligatorio/a), último recibo de haberes (Af. Obligatorio/a) y/o comprobante de pago (Voluntario/a);
- Planilla de evaluación y propuesta de internación domiciliaria por médico/a de la empresa;
- Estudios complementarios, epicrisis (si estuvo internado/a), certificado de discapacidad (si fuera pertinente) u otra documentación médica que aporte el/la médico/a de cabecera;
- Declaración Jurada firmada por familiar.

6.3 INSTANCIAS DEL TRÁMITE

DELEGACIÓN		Carga de trámite
REGIÓN		Auditoría en terreno
CENTRAL		Auditoría / Actas

6.3.1 CARGA DE TRÁMITE

Documentación requerida:

1) Planilla de solicitud completada por médico/a de cabecera, mencionando descripción de la patología del/la paciente y tareas que deben realizar los profesionales que lo/a asistan. ([Planilla 1](#))

No serán autorizadas las planillas realizadas por médicos/as que pertenezcan a la empresa prestadora del servicio

2) Datos de la persona afiliada:

- Carnet y DNI de la persona afiliada directa y familiar a cargo (Af. Obligatorio/a);
- Último recibo de haberes (Af. Obligatorio/a) y/o comprobante de pago (Voluntario/a).

3) Planilla de evaluación y propuesta de atención domiciliaria, completada por Médico/a de empresa prestadora, quien selecciona un módulo que sea el más apropiado según la patología del/la paciente. ([Planilla 2](#))

4) Estudios complementarios:

- Epicrisis (si estuvo internado/a);
- Certificado de discapacidad (si fuera pertinente) u otra documentación médica que aporte el/la médico/a de cabecera.

5) [Declaración jurada](#) a completar y firmar por familiar o persona a cargo del afiliado/a (no aceptar si solo se encuentra firmada por la empresa)

Importante:

- Sello de folio en cada hoja del trámite antes de escanear;
- Enviar todas las hojas del trámite, desde la carátula hasta la última hoja;
- Si alguno de estos documentos falta, no realizar la carga del mismo.

Amparos: Por favor, cargar por GDEBA rápidamente, por estar judicializados. Se envía trámite a la Región para la correspondiente auditoría en terreno.

6.3.2 AUDITORÍA EN TERRENO

La misma es llevada a cabo por el médico auditor de la Región correspondiente. Desarrollar la patología de la persona afiliada, prestaciones que requiere y módulo que le corresponde.

En el caso de una renovación, aclarar qué prestaciones reales necesita y si concuerda con las que está recibiendo.

- [Planilla](#) que el/la médico/a auditor/a debe completar;
- Datos de la persona afiliada (nombre, apellido y DNI);
- Patología;
- Necesidades reales y prestaciones que requiere;
- Datos de la persona entrevistada (nombre, apellido y DNI);
- Firma del/la médico/a auditor/a. Si es presencial, firma de persona entrevistada. Si es telefónica, firma del/la directora/a de dicha Región.

Amparos: Al ser una intervención judicial, debe darse prioridad. Corresponde iniciar trámite por GDEBA desde la Delegación y realizar rápidamente la auditoría.

El trámite continua su curso (Auditoría/ Actas) en Sede Central de IOMA.



AMBULATORIO



7.1 HEMODIÁLISIS AMBULATORIA

El centro de diálisis es quien recibe la documentación y realiza la práctica. Ésta prestación posee cobertura del 100%. Incluye:

- Accesos vasculares;
- Provisión de medicamentos específicos;
- Material descartable;
- Traslados desde el domicilio del afiliado hasta el centro con retorno;
- Honorarios de los profesionales intervinientes.

Documentación necesaria

- DNI;
- Carnet;
- Recibo o última constancia de pago (para afiliados voluntarios).

No se solicita orden médica ya que la genera el centro anualmente

Para diálisis en otra provincia se debe solicitar autorización previa mediante trámite de excepción con presupuesto.

Los insumos para diálisis en hospitales públicos se deben solicitar con autorización previa mediante "Trámite de excepción" con presupuesto.

Para hemodiafiltración se debe solicitar autorización previa mediante trámite.

7.2 PRÁCTICAS DE LABORATORIO

Cuando el laboratorio autoriza la orden inmediatamente se realiza la práctica.

Las prácticas prestacionales de laboratorio incluidas en el convenio IOMA-FABA:

- Bioquímica clínica;
- Hematología;
- Endocrinología y metabolismo;
- Bacteriología;
- Virología;
- Parasitología.

Cobertura

A través del bono y/o auditoría Online por parte de FABA:

- Se autorizan en forma automática hasta 13 prácticas a cada beneficiario/a por año calendario.

Según convenio vigente:

- Para diabetes o insuficiencia renal crónica se autorizan 24 anuales en forma automática;
- Para patologías oncológicas, portadores de HIV o trasplantados el límite es de 36 prácticas anuales;
- Para la realización exclusiva del test de SOMF (sangre oculta en materia fecal).

La cobertura es del 100% y no requiere autorización

¿Cómo debe proceder el afiliado?

Concurrir directamente al laboratorio con la orden de práctica, donde se le expenderán el bono único con un valor de \$200. Desde allí se solicita la autorización Online a FABA. Afiliados con enfermedades crónicas que reciban medicación por Plan MEPPES no pagan bono.

¿Cómo deben proceder los afiliados atendidos de Capital Federal?

Si la práctica se realiza en el Sanatorio Güemes, en el Instituto FLENI o en el Hospital de Clínicas, las órdenes se autorizan en la Región Capital Federal, ubicada en Reconquista N°46, 3er piso.

Instructivo general para el inicio en el programa OMS042 IOMA-FABA

La planilla de solicitud inicial del programa debe ser completada por el médico de cabecera del paciente, para la determinación de carga viral y CD4. El programa tiene **cobertura del 100%** no debiendo el afiliado abonar monto alguno por las prácticas.

El afiliado deberá llevar al laboratorio de análisis bioquímicos:

- Credencial física, digital o [verificación afiliatoria](#);
- Fotocopia de resultados confirmatorios de enfermedad **western blot**

positivos;

- La planilla del programa, se puede retirar en la Delegación de IOMA o descargar [aquí](#).

Este proceso se realizará por única vez, el laboratorio cargará dicha información y le dará de alta en el programa para su autorización por la auditoría de FABA.

Ver para cuales Institutos o Clínicas se solicita el Anexo III o derivación.

En caso de que FABA no autorice alguna práctica se deberá informar al afiliado que en el sitio web de IOMA existe un [listado de las prácticas con sus valores](#) para que sepa cuánto debe abonar por cada una. El afiliado puede solicitar el reintegro de lo abonado mediante trámite de excepción sujeto a auditoría médica del IOMA.

7.3 ANESTESIOLOGÍA

En regiones con convenio con anestesistas:

Con internación, se autoriza vía online/web en el centro del prestador.

Ambulatoria se autoriza previamente en Delegación/boca de expendio.

En regiones sin convenio con anestesistas:

Se deberá iniciar un trámite de excepción con la documentación pertinente, la delegación recibe el trámite y lo resuelve.

Documentación para el inicio del trámite

Reintegros:

- Factura original;
- Protocolo quirúrgico;
- Ficha anestésica con firma y sello.

Autorización:

- Presupuesto médico anesthesiologo;
- Orden médica;
- Estudios complementarios.

7.4 PSORIASIS

Prestaciones:

- Prácticas ambulatorias de terapia fotodinámica/fototerapia con rayos ultravioletas;
- Módulo P.U.V.A. Methoxsalen – U.V.B. – U.B.A.

Para este tipo de tratamiento se solicita un único trámite.

Cobertura:

- Las sesiones U.V.A. se otorgan por tres meses con renovación;
- El fármaco se provee hasta dos envases por mes.

Documentación básica:

- Fotocopias de credencial del afiliado, frente y dorso del DNI y último recibo de sueldo o último pago en caso de afiliados Voluntarios;
- Orden médica;
- Historia clínica;
- Presupuesto de las sesiones de UVA o UVB con dosis, consumo mensual;
- Receta del medicamento sensibilizante (original y copia).

7.5 OFTALMOLOGÍA – ÓPTICA

La cobertura es según valores establecidos, por provisión directa o reintegro:

- Lentes de contacto blanda;
- Lentes de contacto blanda tórica;
- Lentes de contacto flexible;
- Lentes de contacto gas permeable;
- Lentes para visión de lejos;
- Ayuda óptica cerca (para visión subnormal) / Ayuda óptica lejos (para visión subnormal);
- Prótesis ocular Standard;
- Prótesis ocular tipo cascarilla.

Intervenciones quirúrgicas:

- Cirugía con excimer láser;
- Cirugía de alta miopía con colocación de lente intraocular fájica (ICL);
- Cirugía de facoemulsificación de catarata. Se cubren honorarios médicos y gastos al 100%.

La cobertura es online, solicitada directamente por el profesional en cirugía y tratamiento láser de miopía y astigmatismo miópico.

Cobertura según dioptrías:

- Lentes aéreos. Astigmatismo a partir de 1.5 Dioptrías;
- Lentes aéreos. Hipermetropías y miopías a partir de 3 dioptrías;
- Lentes de contacto a partir de 6 dioptrías, en caso de hipermetropías y miopías;
- Lentes de contacto a partir de 3 dioptrías, en caso de astigmatismo;
- Cirugía: a partir de 6 dioptrías, en caso de miopía pura y a partir de 3 en caso de astigmatismo;
- La renovación de lentes de contacto y lentes lejos pueden efectuarse a partir de los 24 meses y en igual es periodos sucesivos. (Antes de ese período justificando un incremento de dioptrías mayor 20%);
- La renovación de lentes de contacto y lentes lejos pueden efectuarse a partir de los 24 meses, es igual en periodos sucesivos. Antes del periodo de 24 meses, se puede si se justifica un incremento de dioptrías mayor 20%).

Se autorizan previamente en la delegación correspondiente.

Documentación necesaria:

- Orden médica con: diagnóstico, tipo de cristales o lentes y cantidad de dioptrías;
- Historia clínica;

- Presupuesto, se puede solicitar en cualquier óptica.

En caso de reintegro se debe agregar:

- Recibo o factura de pago;
- [Planilla de autorización de transferencia](#) cuenta BAPRO adjuntando N° de CBU y N° de CUIT/CUIL.

7.6 NUTRICIÓN/OBESIDAD

REGIÓN/ DELEGACIÓN

RECIBE DOCUMENTACIÓN
INICIA TRAMITE



SEDE CENTRAL

RESUELVE EL TRAMITE

Prestaciones:

- Módulo de tratamiento ambulatorio de la obesidad;
- Consultas de evaluación médico/nutricional.

Documentación básica para el módulo de tratamiento ambulatorio:

- Orden médica de derivación para iniciar el tratamiento de la obesidad. (Para pacientes pediátricos deberá adjuntar derivación del médico pediatra);
- Solicitud médica completa emitida por el centro prestador que incluya:
 - Resumen de historia clínica (antecedentes patológicos/comorbilidades),
 - Evaluación nutricional: antropometría (peso, talla, IMC, perímetro de cintura, curva de peso si corresponde. Peso máximo y mínimo alcanzados),
 - Tratamientos previos realizados de descenso de peso,
 - Resultados obtenidos,
 - Exámenes complementarios (laboratorio completo y especializado según la patología del paciente),
- Entrevista psicológica de admisión;
- Presupuesto.

Cómo accede el afiliado a las prestaciones:

- 1) Solicitar en la región/delegación correspondiente los centros prestadores que ofrece IOMA.
- 2) Iniciar trámite de excepción bajo la modalidad "autorización" con la documentación mencionada.
- 3) La Región/Delegación recibe la documentación, Sede Central resuelve el trámite y una vez finalizado vuelve a la región/delegación con la autorización correspondiente para que lo retire el afiliado.
- 4) Se presenta la autorización con vigencia de 60 días en el prestador adherido elegido para iniciar el tratamiento.

Cobertura para módulo ambulatorio trimestral que incluye:

Por mes:

- 1 (Una) entrevista de admisión;
- 2 (Dos) consultas médicas;
- 4 (Cuatro) consultas con nutricionista;
- 4 (Cuatro) grupos terapéuticos o entrevistas con psicóloga;
- 8 (Ocho) clases de actividad física personalizada;
- 2 (dos) Consultas médicas mensuales de mantenimiento.

Cada autorización emitida por IOMA podrá incluir hasta 3 meses de tratamiento tanto para los módulos ambulatorios como para las consultas médicas de mantenimiento se evaluará la evolución de acuerdo a datos antropométricos informados para próximas solicitudes.

7.7 KINESIOLOGÍA

Cobertura en kinesiología ambulatoria

- Técnicas de manipulación, masoterapia, técnicas de relajación, tracciones cefálicas y podálicas;
- Técnicas de gimnasia correctiva y reeducación postural (RPG);
- Reeduaciones respiratorias y cardiorrespiratorias, técnica de vibración,

percusión y de avenamiento;

- Aplicación de técnicas evaluativos funcionales manuales o instrumentales;
- Técnicas de facilitación neuromuscular (bobat, kabat);
- Drenaje linfático manual e instrumental (presoterapia) con finalidad terapéutica;
- Todo tipo de movimiento metodizado, manual o instrumental con finalidad terapéutica.

Cobertura en fisioterapia ambulatoria:

- Agentes de fisioterapia, electroterapia, corrientes analgésicas T.E.N.S, corrientes de tonificación y protección muscular, interferenciales, cuadrangulares y rectangulares, electroestimulación, galvanismo, iontoforesis, ultrasono-terapia, infrarrojo, ultravioleta, láser, onda corta, magnetoterapia, crioterapia y rehabilitación en el agua a través de la hidroterapia;
- Utilización de técnicas de humidificación, nebulizadores comunes o ultrasónicos;
- Utilización de elementos de ayuda para remoción de secreciones y todo agente físico reconocido, con finalidad terapéutica y que pueda incluirse en el tratamiento de reeducación.

Modo de libre elección de profesionales adheridos

Las prestaciones se agrupan en módulos conformados de acuerdo a la patología, la evolución y la edad del afiliado. Esta información será provista por el profesional.

Cómo debe proceder el afiliado

Debe presentarse en el consultorio del profesional adherido y adquirir allí un bono kinésico que el profesional solicita de manera Online a COKIBA (Colegio de kinesiólogos de la Provincia de Buenos aires), quien autoriza de manera inmediata.

De no poder trasladarse al consultorio se puede acceder a la **cobertura domiciliaria**, bajo la misma modalidad (solo se paga el bono). El profesional deberá justificar en la

historia clínica la imposibilidad del traslado.

El bono de prestación kinésica incluye 10 sesiones con un valor de \$600 (\$60 por sesión). Los afiliados que acrediten certificado de discapacidad tienen cobertura 100% para atención kinesiólogía y no debe adquirir el bono, tanto para atención ambulatoria como domiciliaria.

RESOLUCIÓN 6415/2012

Documentación necesaria al momento de concurrir al consultorio:

- Orden médica;
- Resumen de historia clínica.

Si cobran un valor por encima del bono es un ilícito, cobro indebido y se debe [denunciar aquí](#).

Que hacer en caso de necesitar más sesiones

Si se agotan las sesiones estipuladas/convenidas y la/el afiliada/o necesita continuar con el tratamiento se puede solicitar una continuidad mediante trámite de excepción que queda a consideración de la auditoría kinésica centralizada.

Documentación necesaria para el trámite de excepción:

- Orden médica;
- Resumen de historia clínica;
- Estudios complementarios que avalen el diagnóstico/patología.

En caso de iniciar trámite de excepción por reintegro se debe agregar:

- Recibo o factura original emitida por el profesional y planilla de asistencia con firma de conformidad del afiliado;
- En caso de prácticas especiales consultar requisitos en delegación con finalidad terapéutica.

7.8 OTORRINOLARINGOLOGÍA

Prestaciones:

- Rinolaringofibroscopia;
- Rinolaringoscopia (con video);
- Estudio de potenciales evocados auditivos.

Cobertura

- Se autorizan según categoría del profesional que realiza la práctica.
El afiliado solo debe pagar el valor del diferenciado.

Cómo debe proceder el afiliado:

En Provincia de Buenos Aires: se encuentran convenidos con los círculos médicos que nuclea. FEMEBA y FEMECON bajo los códigos 88 livianos tanto en Provincia como en La Plata: el afiliado debe dirigirse al círculo médico o boca de expendio con:

- Orden médica;
- Historia clínica detallada.

Allí Solicitar el bono de autorización según la categoría del profesional que realice la práctica.

Para honorarios de implante coclear, insumos, encendido y calibración se debe iniciar autorización previa mediante trámite de excepción con presupuestos, historia clínica y estudios de diagnóstico

7.9 DERIVACIONES A CABA (CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES)

El IOMA tiene convenios con prestadores de CABA, para patologías específicas y de alta complejidad en los siguientes casos:

- Cuando no existen en la red de prestadores de IOMA, cercano al domicilio, la complejidad necesaria para el tratamiento que se requiere;

- Para dar continuidad a un tratamiento determinado;
- Cuando el IOMA por circunstancias prestacionales particulares considera conveniente la autorización de la derivación.

Cómo acceder

El afiliado con la derivación del médico debe tramitar el Anexo III en la delegación de IOMA cercana a su domicilio, y será auditoría médica quien decida la autorización.

(Listado de prestadores de CABA con convenio)

Consultas médicas

Para los afiliados de la provincia de buenos aires que necesiten una consulta en un centro prestador de IOMA región capital federal deben concurrir a la región/delegación correspondiente y solicitar un anexo III y el bono de consulta emitido por entidad médica (en caso de que la prestación se encuentre capitada en provincia de buenos aires). Con el anexo y el bono deberá dirigirse directamente al prestador.

Prácticas

El afiliado que necesite realizarse una práctica que por su complejidad solo se realice en un prestador de la ciudad autónoma, deberá contar con el anexo III que se gestiona en la región/delegación correspondiente y se audita de manera Online en sede central, y previo a la realización de la misma presentarse en la región capital federal para que autoricen la misma y le emitan el bono si correspondiera.

7.10 ESTUDIOS DE BAJA, MEDIANA y ALTA COMPLEJIDAD

Prácticas de baja y mediana complejidad

Se autorizan las prácticas directamente en el consultorio médico.

Cómo debe proceder el afiliado:

- Concurrir al profesional elegido, solicitar la orden de la práctica informando diagnóstico y resumen de historia clínica;
- Elegir prestador donde realizar el estudio;
- Concurrir al prestador para realizarla;

[Listado de prácticas de baja complejidad](#). En estos casos, el diferenciado del bono, dependiendo de la categoría del profesional elegido, se abona al momento de realizarse.

[Listado de prácticas de mediana complejidad](#). Tienen cobertura 100%, no se abona suma alguna por estas prácticas.

Prácticas de alta complejidad

Cómo debe proceder el afiliado:

- El afiliado debe concurrir a su médico, quien le completará la planilla de alta complejidad, con el resumen de historia clínica y los estudios previos, si correspondiera. Allí consignará: datos afiliatorios completos, datos del médico solicitante, diagnóstico, resumen de Historia clínica, justificación de la práctica y estudios previos realizados;
- Elegir prestador donde realizará el estudio y presentarse con DNI, credencial y planilla de alta complejidad;
- El prestador corrobora la documentación entregada, solicita autorización de manera Online a la auditoría centralizada del IOMA la cual tiene un plazo de 72 h. para auditar el pedido;
- Una vez autorizada la práctica se asigna un turno para la realización.

[Listado de prácticas de alta complejidad](#). Tienen cobertura 100%, no se abona suma alguna por estas prácticas



PRESTACIONES INDIVIDUALES





8. PRESTACIONES INDIVIDUALES

8.1 CUIDADOR/A DOMICILIARIO/A

Cobertura por vía de autorización.

Destinado a afiliadas/os dependientes de terceros, mayores de 18 años, para la asistencia en las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales y de inserción social, de manera complementaria a su red primaria de apoyo.

Es importante que la/el afiliada/o sepa que debe contar con esa red primaria, eso es un grupo familiar y/o un grupo de pertenencia, con incapacidad parcial para la contención debiendo compartir un tiempo de la atención diaria con el Cuidador Domiciliario. Se debe tener en cuenta que si el afiliado no posee familia o si tiene pero no es continente, puede estar como responsable de la prestación una amigo o en el caso de ser judicializado, un curador oficial. En caso de no contar con ella, la prestación de Cuidador Domiciliario no podrá ser autorizada.

El Cuidador desarrollará su tarea en el domicilio del afiliado/a y/o en ámbitos ocio-recreativos, previa autorización de la red primaria de apoyo.

NO podrá brindarse esta prestación en estos casos:

- Quienes estén cursando internación transitoria o permanente en efectores de carácter sociales o sanitarios tanto del ámbito privado como estatal;
- Quienes estén recibiendo atención domiciliaria integral (Internación domiciliaria), y coberturas variadas que en su conjunto excedan las 24 horas, por ej. Acompañante Terapéutico + Centro de Día + Cuidador Domiciliario.

Objetivos:

- Que el afiliado/a pueda permanecer en su hogar el mayor tiempo posible, conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida;

- Propiciar su autonomía y evitar la dependencia;
- Evitar la institucionalización;
- Mejorar su calidad de vida.

NOTA: Cabe destacar que si la/el afiliada/o que requiere de esta cobertura es menor de 18 años, igualmente puede realizar la solicitud de cobertura de Cuidado/a Domiciliario/a que será evaluada por el Departamento de Asistentes Sociales, en primera instancia; y luego, la resolución y confección del acta de autorización será realizada por el Directorio de IOMA.

Cabe destacar que hay localidad en donde no se brindan cursos de capacitación, por lo que las personas propuestas no cuentan con título que los habilite, en tal caso, se realiza una auditoría especializada en el Departamento de Asistentes Sociales sugiriendo que se evalúe en el directorio la posibilidad de otorgar la prestación y de ser llevar adelante por el profesional seleccionado, comprometiendo a la familia y al prestador que a la hora de realizar la renovación prestacional, debe haber cumplido con la capacitación solicitada por resolución, comprometiendo de esta manera la renovación prestacional.

Quiénes pueden brindar el servicio

Aquellos efectores de salud capacitados para ejercer como: Cuidador Domiciliario, Cuidador para personas con discapacidad, Auxiliar gerontológico, Auxiliar de familia, Auxiliares de Enfermería o carreras afines. En todos los casos, los títulos/certificaciones deberán estar reconocidos por Organismos públicos (Nacionales, Provinciales y/o Municipales tales como Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE), Dirección Provincial de Gestión Privada (DIPREGEP) y Universidades Nacionales.

Búsqueda y elección del Cuidador/a

La búsqueda, entrevista y elección del Cuidador/a Domiciliario/a estará a cargo del/la afiliado/a, del responsable y/o su red primaria de apoyo. Podrán consultar en la [Cartilla de Prestadores de la página del IOMA](#).

Una vez seleccionado/a el/la Cuidador/a Domiciliario/a, el trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial o por las plataformas que IOMA dis-

ponga para tal fin por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, llevando la documentación requerida.

Documentación necesaria para solicitud o renovación del trámite

- Fotocopia del DNI de la persona afiliada;
- Fotocopia de Certificado Único Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial);
- [Planilla 1](#), completada por el médico que indica la prestación;
- [Planilla 2](#), completada por el/la afiliado/a o familiar.

Documentación del/la prestador/a:

- Fotocopia de DNI del prestador;
- [Planilla 3](#) debe ser completada y firmada por el prestador;
- Certificado de formación en caso que el prestador no se encuentre en la Cartilla, quedando supeditada la autorización;

En caso de reintegro además de la documentación antes mencionada se debe adjuntar:

- CBU del afiliado/a o familiar;
- Factura original firmada y sellada por el prestador.

NOTA: las actas de autorización se encuentran disponibles para ser descargadas desde la página de IOMA, Autogestión Afiliadas/os, "Mis Gestiones".

Baja, cambio o renuncia del Cuidador

Si el Cuidador Domiciliario renuncia o no trabaja más (BAJA DE PRESTADOR), si no necesito más la prestación (BAJA DE PRESTACIÓN) o si deseo cambiar al Cuidador (CAMBIO DE PRESTADOR)

Se deben comunicar tales situaciones, mediante la presentación de la [Planilla 6](#) o bien mediante una nota en donde deberán consignar fechas y motivos y adjuntar una copia de la orden de prestación en cuestión. Se debe notificar con 15 días de anticipación por parte del/la afiliado/a, del responsable y/o su red primaria de apoyo.

Ampliación horaria

Se debe iniciar un nuevo trámite de SOLICITUD DE AMPLIACIÓN HORARIA DE CUIDADOR DOMICILIARIO. Si es el mismo cuidador, sólo adjuntar un resumen de historia clínica donde justifique dicho requerimiento y la [Planilla 3](#).

Una vez ingresado el trámite, los auditores se comunicarán con la/el afiliada/o para realizar una auditoría telefónica o en domicilio y le informarán en el momento de la resolución del mismo.

Por ello, es muy importante que al momento de iniciar se informe uno o dos números telefónicos de contacto.

Procedimiento de las/os trabajadoras/es de IOMA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Departamento de Asistentes Sociales.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, será aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esa facultad.

Las actas de autorización se encuentran disponibles para ser descargadas desde la página de IOMA, Autogestión Afiliadas/os, "Mis Gestiones". Las que son Actas por Directorio o por amparo deben ser retiradas en papel por Delegación.

Procedimiento de las/os trabajadoras/es de IOMA para gestionar reintegro

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Departamento de Asistentes Sociales

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

Una vez aprobada la solicitud de reintegro, las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros y lo derivan al Sector Reintegros de la Dirección de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la cuenta del/la afiliado/a.

8.2 ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO (AT)

El AT está indicado para la atención de afiliadas/os con patologías congénitas o adquiridas, que por las características de sus diagnósticos quedan excluidos/as de la atención habitual brindada en instituciones especializadas, y requieren asistencia permanente y personalizada en éstas o en sus domicilios.

Con la figura del AT se intenta alcanzar el objetivo de continuar un tratamiento sin aislar al/la paciente de su entorno socio-familiar, es decir evitando el recurso extremo de la internación o previniendo los efectos de las re internaciones. Permite trabajar la continuidad de tratamientos ambulatorios o domiciliarios.

Destinado a niñas/os y adolescentes con trastornos del desarrollo, autismo y con multidiscapacidad, personas adultas y adultas mayores con diagnóstico de psicosis, patologías neurológicas y psiquiátricas.

Para acceder a la cobertura de AT se debe realizar un trámite por vía Autorización, según Resolución 101/07.

La cobertura en institución educativa (escuela común) solo será cubierta para afiliadas/os que padecen patologías del espectro autista con proyecto de educación integrada (Disposición 53/06 D.G.C y E).

Quedan excluidas del módulo las prestaciones que correspondan a atención de enfermería.

Procedimiento del/a afiliado/a para acceder a la cobertura de AT

La búsqueda, entrevista y elección del AT estará a cargo del/la afiliado/a, del responsable y/o su red primaria de apoyo. Podrán consultar en la [Cartilla de Prestadores de la página del IOMA](#). Una vez seleccionado/a el/la AT, el trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial o por las plataformas que IOMA disponga para tal fin por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, llevando la documentación requerida.

Del/a afiliado/a:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial);
- Nota del/la familiar o responsable legal solicitando la prestación;
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico/a de cabecera. Detallando justificación del pedido, indicaciones terapéuticas para el at y carga horaria sugerida;
- Informe detallado de la situación del/la afiliado/a realizado por el/la profesional que dirigirá y supervisará el tratamiento.

Del prestador:

- Fotocopia del DNI;
- Constancia de CUIT;
- Certificado de formación en caso que el prestador no se encuentre en la Cartilla, quedando supeditada la autorización;
- Plan de trabajo con acciones a desarrollar, estrategias terapéuticas del equipo interviniente y objetivos a lograr;
- El/la Acompañante Terapéutico deberá completar y presentar una [Declaración Jurada](#) de la Reso. 490/2021, con conformidad de la familia.

Para tramitar la RENOVACIÓN, la/el afiliada/o repetirá el mismo proceso anterior, sumando la siguiente documentación:

- Plan de trabajo actualizado con acciones a desarrollar, estrategias terapéuticas del equipo interviniente y objetivos a lograr, en el caso que los objetivos se hayan modificado;
- En caso de estar concurriendo a una institución educativa/escuela común, adjuntar copia de Orden de Autorización y acta de la misma presentado conformidad al trabajo del AT. Las actas de autorización se encuentran disponibles para ser descargadas desde la página de IOMA, Autogestión Afiliado, "Mis Gestiones";
- Informe de seguimiento completo realizado por el AT;
- Fotocopia de la última autorización (si corresponde).

En caso de REINTEGRO, además de lo antes mencionado deberá adjuntar:

- CBU del/la afiliado/a o familiar;
- Factura original firmada y sellada por el prestador.

Procedimiento de las/os trabajadoras/es de IOMA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación anteriormente detallada en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el auditor regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Prestaciones Individuales.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, será aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esa facultad.

Procedimiento de las/os trabajadoras/es de IOMA para gestionar reintegro

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación antes detallada en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el auditor regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Prestaciones individuales.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

Una vez aprobada la solicitud de reintegro, las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros y lo derivan al Sector Reintegros de la Dirección de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la cuenta del/la afiliado/a.

Las actas de autorización se encuentran disponibles para ser descargadas desde la página de IOMA, Autogestión Afiliadas/os, "Mis Gestiones". Las que son Actas por Directorio o por amparo deben ser retiradas en papel por Delegación.

8.3 PRESTADORES, REQUISITOS PARA FACTURAR Y DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Todo aquel prestador que factura de manera individual deberá presentar la documentación en la Delegación correspondiente.

Documentación a presentar:

- 1) Factura original firmada y su duplicado

Una por mes, a mes vencido, del 1 al 10 de cada mes. Es decir en febrero presentará la factura correspondiente al mes de enero.

IVA exento, poner el Servicio que han prestado (por ejemplo: Cuidador Domi-

ciliario), nombre, apellido y número de afiliado que corresponda, el monto autorizado en la Orden de Prestación y deberá ser correspondiente al mes calendario en cuestión.

Nº de CUIT de IOMA: IVA exento 30628249527

- 2) Planilla de Resumen mensual en original firmada y su duplicado (ambas originales).
- 3) Orden de Prestación (original si es el primer mes facturado o copia a partir del segundo mes facturado o subsiguiente).
- 4) Planilla de Asistencia Diaria firmada (en Planilla 3).
- 5) Constancia de opción de AFIP (cada vez que se presente la facturación).
- 6) Fotocopia del DNI de quien firma la asistencia diaria, si su acta lo requiere.
- 7) Constatación de comprobantes con CAE de cada factura.
- 8) CBU extendido por el Banco o por Home Banking.

Los pertenecientes a La Plata, deben concurrir a Calle 6 N° 1120 e/ 55 y 56, en el horario de 8.00 a 13, sin excepción.

Días de recepción en La Plata: del 1 al 15 de cada mes. Días hábiles.

Recordar que por cada factura ahora se genera un número de trámite.





FACTURACIÓN

REQUISITOS BÁSICOS



9. FACTURACIÓN

Requisitos básicos relacionados a la Facturación Destinado a las y los trabajadores de la Delegación

Al recibir la facturación, tené en cuenta estos ítems:

Tipo de comprobante que se aceptan: factura electrónica, B o C

Nota: IOMA es una entidad cuya situación impositiva es IVA EXENTO

En la factura deberá constar:

1 Fecha de emisión: la prestación se factura a mes vencido.

2 Razón social: INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL

3 Período facturado: mes prestacional presentado.

4 CUIT: 30628249527

5 Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento

6 Descripción del Producto/Servicio:

- A** - Detalle de la prestación
- B** - Mencionar el acto administrativo que autoriza la misma
- C** - Tipo afiliatorio

IMPORTANTE:

- Debe presentarse una factura diferente para cada tipo afiliatorio: obligatorios, voluntarios individuales y colectivos.
- No es obligatorio la firma y sello del prestador

ORIGINAL

C
COD. 011

FACTURA

Punto de Venta: 00002 Comp. Nro: 00000175
Fecha de Emisión: 03/06/2021

CUIT: 30628249527
Ingresos Brutos: 0,00
Fecha de Inicio de Actividades: 01/05/2014

Razón Social: INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
Domicilio Comercial: 46 886 Piso: 04 La Plata Noroeste de la calle 50, Buenos Aires

Condición frente al IVA: Responsable Monotributo

Período Facturado Desde: 01/05/2021 Hasta: 31/05/2021 Fecha de Vto. para el pago: 10/06/2021

CUIT: 30628249527 Apellido y Nombre / Razón Social: INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento Domicilio: 46 886 Piso: 04 La Plata Noroeste de la calle 50, Buenos Aires

Condición de venta: 1ra

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
9	(nueve) Sesiones de Psicología por discapacidad. Mes de abril 2021 Según resolución 746-2021-GDEBA-IOMA Nombre y Apellido: [Firma] DNI: [Firma] Tipo Afiliado: Voluntario Individual	9,00	unidades	934,68	0,00	0,00	8412,12

Subtotal: \$ 8412,12
Importe Otros Tributos: \$ 0,00
Importe Total: \$ 8412,12

CAE N°: 71226226532279
Fecha de Vto. de CAE: 13/06/2021

Pág. 1/1

Comprobante Autorizado
Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación

Consultas: impuestosioma@gmail.com





PRESTACIONES ESPECIALES





10. PRESTACIONES ESPECIALES

10.1 ENFERMERÍA DOMICILIARIA

Esta prestación incluye toda práctica de enfermería profesional efectuada en el domicilio de las/os afiliadas/os imposibilitadas/os de valerse por sí mismos/as, cursando patologías agudas, subagudas, crónicas, en fases de rehabilitación, terminales, postquirúrgico inmediato o de alta hospitalaria con indicaciones específicas de enfermería, según resolución vigente 5830/15.

Cabe destacar que es necesario que la/el afiliada/o cuente con una red primaria de apoyo (grupo familiar y/o pertenencia) y que esta prestación se autoriza según normativas vigentes del IOMA: es por módulos, según nivel de formación del prestador y de la cantidad de visitas requeridas.

Como la/el afiliada/o accede a la cobertura de enfermería domiciliaria

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida.

Del/la afiliado/a:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Nota del/la familiar solicitando el servicio;
- Indicación médica;
- Historia clínica completa y resultados de estudios complementarios (no se retendrán en el trámite estudios originales);
- [Planilla 1](#) de Indicación de Enfermería Domiciliaria, a completar por la/el médica/o tratante, detallando las prácticas específicas de enfermería que requiere la/el paciente, frecuencia de las mismas (diarias, semanales, etc.), duración del tratamiento indicado o periodo de cobertura solicitado y fecha de inicio de la prestación;

- [Planilla 2](#) de indicación de Enfermería Domiciliaria, a completar por la/el Enfermera/o y la persona afiliada, familiar o responsable. Incluirá el nivel de formación del/la profesional y su matrícula habilitante, el detalle de prácticas de enfermería a realizar (acorde a lo indicado por el/la médico/a tratante), frecuencia semanal de asistencia (días que concurrirá al domicilio) y horario a realizar. Deberá constar firma, sello, número de Matrícula y teléfono de contacto del/la profesional.

Del/a enfermero/a:

- Copia fiel de título habilitante de auxiliar de enfermería o enfermera/o profesional registrado en el Ministerio de Salud de la Provincia (ambos lados);
- Fotocopia de Matrícula habilitante, otorgada por el Ministerio de Salud provincial;
- Para solicitar la prórroga o renovación, debe adjuntar fotocopia de la última autorización;
- Fotocopia de DNI del/la enfermero/a;
- Constancia de inscripción de AFIP.

En caso de solicitud de autorización: presupuesto original con detalle de tareas.

En caso de solicitud de reintegro: recibo de pago o factura en formulario B o C debidamente conformados.

El **reintegro** corresponde siempre y cuando NO haya prestador disponible para la prestación que requiere la/el afiliada/o. El trámite debe generarse en la Delegación de manera presencial.

Procedimiento de las/os trabajadoras/es de IOMA

PARA AUTORIZACIÓN

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían al Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, sector Prestaciones Individuales.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico-médico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a de Programas Específicos, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Prestación se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

En caso que el trámite no alcance los criterios de aprobación, se emite una Orden de Prestación RECHAZADA con el motivo por el cual no se autoriza la prestación y en caso de corresponder se sugieren alternativas prestacionales. La copia queda adjunta al trámite original y se archiva.

Procedimiento de las/os trabajadoras/es de IOMA

PARA REINTEGRO

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el auditor regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

Una vez aprobada la solicitud de reintegro, las/los trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros y lo derivan al Sector Reintegros del Área de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la cuenta del/la afiliado/a.

10.2 NUTRICIÓN DOMICILIARIA ENTERAL Y PARENTAL

Esta prestación incluye la nutrición enteral y parenteral efectuadas a domicilio.

Proceder del/la afiliado/a para acceder a la cobertura de la prestación de nutrición enteral y parental domiciliarias

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- En caso de poseer Certificado de Discapacidad vigente, adjuntar copia (no excluyente);
- Derivación médica con documentación que avale la patología del/la afiliado/a y justifique la implementación del Soporte Nutricional Domiciliario: informes de estudios complementarios, Historia Clínica de la internación u otro dato de interés. En ningún caso se retendrán en el trámite estudios originales del afiliado, sólo se toma el informe de Auditoría Médica Regional;
- Evaluación y propuesta terapéutica confeccionada por la empresa que brindará la prestación; frecuencia de tratamiento;
- Presupuesto del prestador del servicio;
- Para solicitar Prórroga se debe adjuntar fotocopia de la autorización anterior.

Proceder de las/los trabajadoras/es de IOMA

PARA AUTORIZACIÓN

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Auditoría de Nutrición Enteral / Parenteral Domiciliaria.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico-médico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a de Programas Específicos, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

Actualmente la Orden de Prestación es por duplicado. Una queda en el trámite y la otra la empresa retira en delegación, capital federal y mar del plata. En algún momento las OP fueron a Delegaciones pero se perdían, el afiliado no las retiraba, las empresas pidieron que vuelva a ser en IOMA central y se accedió. Se dio un día por semana para que vengan a retirar las OP en planta baja.

10.3 OXIGENOTERAPIA

Esta prestación incluye servicio de oxigenoterapia y asistencia ventilatoria.

Acceder a la cobertura de Oxigenoterapia: T6 (tubos de oxígeno gaseoso) – MUT (mochila de oxígeno gaseoso) – MOL (mochila de oxígeno líquido) – CC+T1 (concentrador)

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Planilla de Solicitud de Oxigenoterapia firmada por neumonólogo o especialista en vías respiratorias;
- Espirometría;
- 2 gasometrías con aire ambiental con 2 semanas como mínimo de

diferencia en período de estabilidad para comienzo de la provisión;

- Informe de Rx de tórax o Tomografía de tórax;
- Prueba de marcha de los seis minutos cuando está indicado (PO2 mayor o igual a 60 mm de hg) y en caso de solicitar mochila de oxígeno;
- No se requiere presentar presupuesto.

Acceder a la cobertura de Asistencia Ventilatoria (CPAP – BPAP – Respirador – Oxímetro de Pulso – Monitor de Apneas)

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida:

- Documentación básica (indicada anteriormente);
- Planilla de Asistencia Ventilatoria firmada por Neumólogo o especialista en vías respiratorias;
- Estudios que avalen el diagnóstico (por ejemplo: polisomnografía, en caso de apneas);
- No se requiere presupuesto.

Los datos deben ser avalados por los estudios correspondientes. Sin ellos carecerán de validez

RENOVACIÓN. Para ambas prestaciones se requiere la siguiente documentación:

- Documentación básica (indicada anteriormente);
- Planilla de Control Epidemiológico (Oxigenoterapia o Asistencia Ventilatoria, según corresponda),
- Estudios realizados en los últimos meses,
- No se requiere presupuesto.

NOTA: no hay posibilidad de reintegro para ninguna de estas dos prestaciones, sólo se

cubren a través de trámite de autorización por convenio IOMA-FEMAPE.

Proceder de las/los trabajadoras/es de IOMA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para ser remitido por FAX a FEMAPE.

FEMAPE envía ese número de trámite a través de correo electrónico (oxigenoio-ma2020@gmail.com) a la Auditoría de Oxigenoterapia. Allí es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe en planilla de autorización por duplicado, con conformidad del/la Director/a de Programas Específicos.

Seguidamente, las/los trabajadoras/es de IOMA deben enviar un correo electrónico a FEMAPE con la autorización correspondiente, y es FEMAPE quien asigna y remite la orden de provisión al proveedor de oxigenoterapia.

El FEMAPE factura la prestación adjuntando el remito debidamente conformado por la/el afiliada/o y la autorización emitida por la auditoría.

NOTA: esta modalidad es la que se está llevando a cabo ante las medidas de cuidado y prevención del COVID-19.

Anteriormente, el circuito era el siguiente: la Región enviaba el trámite original al piso 9, y por fax a FEMAPE. FEMAPE por bolsín envía a la Dirección de Programas Específicos, los trámites que recibió por Región para auditoría de IOMA. Una vez autorizados, se envía a Región el original de la auditoría firmada por el/la auditor/a y el jefe de departamento la cual era retirada por FEMAPE.

Proceder del/la afiliado/a para acceder a la cobertura total (100%) u otorgamiento de Nebulizadores, Aspiradores y Dispositivos de Kinesioterapia Respiratoria

En estos casos, la cobertura es del 100%, sin embargo solo se otorgará para aquellos casos de patologías respiratorias que lo justifiquen. La solicitud debe ser iniciada como trámite de Excepción.

NOTA: la cobertura es para Nebulizadores a pistón (no ultrasónicos).

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Orden médica;
- Historia Clínica;
- Estudios complementarios;
- Presupuesto original.

Proceder de las/los trabajadoras/es de IOMA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Programas Especiales.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes (al igual que si no cumple con dichas condiciones), debe ser enviada al Honorable Directorio para la resolución final. En caso de ser aprobada, la documentación debe ser girada a la Subdirección de Compras y Suministros para su licitación, adjudicación y confección de remito.

El remito se envía a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

En caso que el trámite no alcance los criterios de aprobación, y el resultado sea denegado, las/os trabajadoras/es de IOMA deben notificar al/la afiliado, haciéndole llegar el Acta de Directorio en la que consta la negativa.

En caso de REINTEGRO:

El reintegro corresponde siempre y cuando NO haya prestador disponible para la prestación que requiere el/la afiliado/a. El trámite debe generarse en la Delegación de manera presencial por la/el afiliada/o, llevando toda la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Orden médica;
- Historia Clínica;
- Estudios complementarios;
- Recibo de pago en caso de solicitar reintegro.

Procedimiento de las/os trabajadoras/es de IOMA

PARA REINTEGRO

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Programas Especiales.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

Una vez aprobada la solicitud de reintegro, las/los trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros y lo derivan al Sector Reintegros de Dirección de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la cuenta del/la afiliado/a.





SALUD MENTAL





11. SALUD MENTAL

11.1 PSICOLOGÍA

Esta cobertura incluye asistencia psicológica individual, para la cual se propone la libre elección entre profesionales adheridos al convenio actualmente vigente suscripto entre IOMA y el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. En el mencionado convenio establece la cobertura de 44 sesiones iniciales a razón de \$484 de abril a junio, \$508 de julio a septiembre y \$562 desde octubre de 2021 de cobertura por sesión a cargo del instituto, monto sobre el cual el afiliado deberá abonar \$100 de copago por cada sesión. En caso de resultar necesario, el tratamiento podrá prorrogarse, siendo el/la profesional quien lo solicite. En primera prórroga la cobertura podrá extenderse por 22 sesiones más, ascendiendo a \$120 por sesión el copago por parte del afiliado. Una vez cumplidas, podrá solicitarse una segunda prórroga por otras 22 sesiones, ascendiendo en este caso a un copago de \$130 por sesión.

El convenio mencionado incluye también cobertura para psicoterapia de pareja, familiar, grupal, educacional, evaluación psicológica, evaluación neurocognitiva, psicodiagnóstico clínico y neurocognitivo.

En los casos de afiliadas/os con discapacidad (CUD), no se exigirá copago por parte del afiliado, la cobertura es del 100% a cargo de IOMA.

Proceder del/la afiliado/a para acceder a la cobertura de prestaciones en Psicología

Una vez establecido el contacto con el profesional seleccionado, el mismo realizará las solicitudes de cobertura por medio del sistema exclusivo para prestadores adheridos. En los casos en que NO haya prestadores adheridos o disponibles para la localidad de residencia del afiliado, el trámite podrá generarse de manera presencial en la delegación, conformando un trámite con toda la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada,
- Historia Clínica con diagnóstico y descripción sintomatológica según DSM IV;
- Presupuesto;
- Documentación que acredite condición de profesional e inscripción en AFIP;
- Planilla correspondiente a la prestación:
 - [Planilla de inicio de trámite de Psicoterapia individual](#) (psicología y Psiquiatría)
 - [Planilla de Evolución de historia clínica](#) (Psicología y Psiquiatría)
 - [Planilla de psicoterapia familiar o de pareja](#) (Psicología y Psiquiatría).

Debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08).

En caso de REINTEGRO se deberá adjuntar toda la documentación mencionada anteriormente, agregando:

- CBU del/a afiliado/a o familiar;
- Factura original firmada y sellada por el prestador.

Proceder de las/os trabajadoras/es de IOMA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Área Salud Mental.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resolu-

ciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

En caso de reintegro, una vez aprobada la solicitud, las/los trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros y lo derivan al Sector Reintegros de la Dirección de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la cuenta del/la afiliado/a.

11.2 PSIQUIATRÍA

Respecto de la asistencia ambulatoria por parte de un profesional psiquiatra, se podrá acceder a la cobertura que brinda este instituto concurriendo a un prestador adherido, abonando al mismo el diferenciado que corresponda según su categoría (A, B ó C). En la página WEB de IOMA podrá consultarse la nómina de prestadores adheridos según localidad.

Proceder del/la afiliado/a para acceder a la cobertura de asistencia ambulatoria por profesional psiquiatra en caso de NO CONTAR CON PRESTADORES ADHERIDOS en su localidad de residencia

En los casos en que NO haya prestadores adheridos o disponibles para la localidad de residencia del afiliado, el trámite podrá generarse de manera presencial en la delegación, conformando un trámite con toda la documentación requerida:

- Documentación afiliatoria;
- En caso de ser afiliado/a voluntario/a, presentar fotocopia de boleta de pago vigente;
- [Planilla de inicio de psicoterapia](#) completada por el/la profesional psiquiatra, según la prestación correspondiente;
- [Planilla de Evolución](#) de historia clínica (Psicología y Psiquiatría);
- Presupuesto del/la profesional (si se trata de trámite de autorización).

En caso de REINTEGRO se deberá adjuntar toda la documentación mencionada anteriormente, agregando:

- CBU del/a afiliado/a o familiar;

- Factura original firmada y sellada por el prestador.

El trámite de excepción debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08).
Proceder de las/los trabajadoras/es de IOMA

VÍA TRÁMITE DE EXCEPCIÓN

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada en la Delegación correspondiente, ésta es verificada por las/os trabajadoras/es de IOMA y evaluada por el/la auditor/a regional, tras lo que se le otorga un número de trámite con el que se remite la documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Área Salud Mental.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

11.3 DISPOSITIVOS AMBULATORIOS

HOSPITAL DE DÍA

Esta cobertura incluye asistencia ambulatoria en Hospitales de Día, (para diagnóstico psiquiátricos en general y específicos para trastornos de alimentación: Bulimia, Anorexia y TANE). La cobertura se otorga a través de trámites de excepción, estando la elección de los establecimientos a cargo del/la afiliado/a ya que no se cuenta con convenios vigentes con prestadores. En todos los casos debe tratarse de instituciones correctamente habilitadas para tal fin por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Proceder del/la afiliado/a para acceder a la cobertura en Hospital de Día

VÍA TRÁMITE DE EXCEPCIÓN

El trámite de excepción debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Historia Clínica con diagnóstico y descripción sintomatológica según DSM IV;
- Presupuesto;
- Plan de tratamiento y cronograma de actividades;
- Habilitación del Ministerio de Salud.

En caso de REINTEGRO será necesario agregar:

- CBU del/la afiliado/a o familiar;
- Factura original firmada y sellada por el prestador.

Proceder las/los trabajadoras/es de IOMA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Área Salud Mental.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

En casos de reintegro, una vez aprobada la solicitud, las/los trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros y lo derivan al Sector Reintegros de la

Dirección de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la cuenta del/la afiliado/a.

Cabe agregar que este IOMA solicita la Carpeta Institucional de la Institución elegida (por única vez), en caso de no poseer antecedentes del Hospital de Día, y se reserva el derecho de aprobar la cobertura toda vez que la misma cumpla con los requisitos considerados indispensables para la asistencia de nuestras/os afiliadas/os.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS - PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

En relación a la cobertura, para el tratamiento de adicciones este Área cumple en informar que este Instituto no tiene convenio con ninguna institución PRIVADA dedicada a la rehabilitación de las adicciones. No obstante SI, efectúa un reconocimiento de los gastos que demandan estos tratamientos por la vía del Trámite de Excepción.

Proceder de la/el afiliada/o para acceder a la cobertura de tratamiento de adicciones

VÍA TRÁMITE DE EXCEPCIÓN O REINTEGRO

El trámite de excepción debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida:

- En caso de ser afiliada/o voluntaria/o fotocopia de boleta de pago vigente o certificación afiliatoria;
- Indicación médica de tratamiento;
- Historia Clínica brindada por la Comunidad Terapéutica;
- Presupuesto de gastos (en el caso de que se solicite una autorización de tratamiento).

En caso de REINTEGRO se deberá adjuntar toda la documentación mencionada anteriormente, agregando:

- CBU del/a afiliado/a o familiar;
- Factura original firmada y sellada por el prestador.

NOTA: la/el afiliada/o debe ser quien elija a la institución tratante, ya que IOMA no cuenta con un registro de prestadores.

Cabe agregar que IOMA solicita la Carpeta Institucional de la Institución elegida (por única vez), en caso de no poseer antecedentes de la Comunidad Terapéutica, y se reserva el derecho de aprobar la cobertura toda vez que la misma cumpla con los requisitos considerados indispensables para la asistencia de nuestras/os afiliadas/os.

En caso que la/el afiliada/o requiera mayor cobertura, la debe solicitar adjuntando una nota en el trámite. En estos casos, la solicitud es evaluada por Asistentes sociales que emiten un informe socioeconómico para ser considerado luego por el Directorio de IOMA, quien emite su decisión final.

Proceder de las/los trabajadoras/es de IOMA

VÍA TRÁMITE DE EXCEPCIÓN

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Área Salud Mental.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, será aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esa facultad.

En caso de reintegro, una vez aprobada la solicitud, las/los trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros y lo derivan al Sector Reintegros de la Dirección de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la

cuenta del/la afiliado/a.

11.4 INTERNACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL

Este Instituto brinda asistencia psiquiátrica en urgencias e internación en clínicas adheridas al convenio vigente con ABEASM, sin costo alguno para el/la afiliado/a. Para solicitar asistencia se debe comunicar al teléfono 0800-333-1988 las 24 hs. También se mantiene vigente el convenio con clínicas psiquiátricas adheridas a FE-CLIBA, a través de las cuales también se podrá acceder a cobertura total para internación psiquiátrica.

Incluye diagnósticos psiquiátricos en general y específicos para trastornos de alimentación: Bulimia, Anorexia y TANE, en Hospital de Día

Proceder del/la afiliado/a para acceder a la cobertura de asistencia ambulatoria

VÍA TRÁMITE DE EXCEPCIÓN

El trámite debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida:

- En caso de ser afiliada/o voluntaria/o fotocopia de boleta de pago vigente;
- Derivación médica con diagnóstico según DSM IV;
- Historia Clínica realizada por profesionales y plan de tratamiento;
- Presupuesto o recibos de pago

Si se trata de un trámite de REINTEGRO adjuntar:

- CBU del/a afiliado/a o familiar;
- [Planilla de asistencia de conformidad del afiliado.](#)



EDUCATIVO TERAPÉUTICO



12. PRÁCTICAS EDUCATIVO TERAPÉUTICAS

Pueden hacerlo todos los Centros de Día, Centros educativo terapéutico, Hogares u Hogares asociados, Escuelas de Educación Especial y Programa TEA. Todas ellas son instituciones para personas con discapacidad crónica y menores de 60 años.

El **Centro de Día** es una institución de concurrencia diurna (de 8 a 16 h) para jóvenes o adultos con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana mediante la implementación de actividades que tiendan a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

El **Centro Educativo Terapéutico** es un establecimiento que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder al sistema de educación especial sistemático, y requiere este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

El **Hogar** es la institución donde residen personas con discapacidad, cuya finalidad es otorgar cobertura a los requerimientos básicos esenciales de hábitat, alimentación, atención especializada a personas con discapacidad carentes de grupo familiar o cuando el mismo no es continente.

El **Hogar asociado** es un hogar con prestaciones adjuntas como centro de día, centro educativo terapéutico y escuela de educación especial.

El **Programa TEA** brinda cobertura personalizada, intensiva e interdisciplinaria en domicilio, policonsultorio o Centro Educativo Terapéutico a las/os afiliadas/os con Trastornos del Espectro Autista.

Las instituciones que brindan prestaciones de centro de día, centro educativo terapéutico y hogar pueden tener (o no) un CONVENIO con IOMA. Según sea el caso, el trámite para la solicitud de cobertura se tramita con algunas diferencias entre sí.

Requisitos para la cobertura

Si bien el inicio del trámite para gestionar la cobertura de prestaciones en estas instituciones requiere de la misma **documentación básica para iniciar trámite:**

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial);
- Fotocopia de DNI de la persona afiliada,
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico/a de cabecera;
- Informe de admisión de la institución;
- Plan de tratamiento y cronograma de actividades propuestos por la institución,
- Presupuesto propuesto por la institución donde acudirá.

NOTA: En cada caso particular se aclara si se requiere alguna documentación extra.

Cambio de modalidad de 4 a 8 h

Documentación básica requerida para presentarse en la Delegación más cercana por el/la afiliado/a:

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial);
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico/a de cabecera;
- Plan de tratamiento y cronograma de actividades propuestos por la Institución;
- Presupuesto propuesto por la institución donde concurrirá;
- Fotocopia de la última Orden de Autorización;
- Informe de evolución completo justificando el cambio de modalidad.

Renovación o prórroga de cobertura:

La renovación la realiza la institución vía web. La/el afiliada/o no inicia trámite.

Las/os afiliadas/os que en el periodo anterior contaron con autorización del IOMA para esta cobertura podrán acceder a la renovación o "Prórroga de cobertura" siempre y cuando:

- La institución se encuentre habilitada para su funcionamiento en la

modalidad adecuada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires o la otorgada por la Superintendencia de Servicios de Salud de Nación;

- La Orden de Prestación del IOMA para el/la afiliado/a ó la Orden de Prestación (Resolución 713-09) no exprese alguna leyenda en observaciones;
- La Institución ingrese la información que será solicitada para la prórroga de cobertura del año en curso a través del sitio web del Instituto:
 - para ver [el instructivo para la carga](#).
 - para realizar la misma [Módulo de prórroga](#).

La cobertura por prórroga queda supeditada al informe de la auditoría central y/o en terreno. Aquel Centro de Día que no cumpla con los requisitos establecidos por la Resolución, o que desde el Sector Educativo Terapéutico se considere que por algún motivo debiera suspenderse la cobertura, será notificado y quitado del circuito de liquidación hasta que constate que se han modificado las razones que dieron lugar a la interrupción de la autorización.

En el caso de institución que NO CUMPLE con las condiciones y/o requisitos de la "Prórroga de cobertura". Es posible gestionar el trámite de la siguiente forma: debe ser iniciada por la/el afiliada/o. Presentando la **documentación básica para renovación**:

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (otorgado por organismo oficial);
- Fotocopia del DNI de la persona afiliada;
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico/a de cabecera;
- Informe de evolución completo;
- Plan de tratamiento y cronograma de actividades de la institución;
- Presupuesto propuesto por la institución a la cual concurrirá, con detalle de montos;
- Copia de última Orden de Autorización.

Cada institución tiene sus habilitaciones particulares y sus presupuestos (distintos según la institución de la que se trate).

2.1 CENTRO DE DÍA

El Centro de día es una institución destinada a recibir personas jóvenes y/o adultas con discapacidad en situación de dependencia, egresadas/os de la escuela especial, sin posibilidades de acceder al sistema laboral protegido; y/o niñas/os que por las características de su discapacidad no pueden acceder a las currículas contempladas en el área de Educación Especial.

Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la [Resolución 1237/21](#) de IOMA.

12.1.1 INSTITUCIONES SIN CONVENIO

Este es un trámite que se realiza por vía de Autorización, según Resolución 101/07. La solicitud de la prestación en Instituciones No Convenidas debe ser iniciada por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, según **Resolución 12422/08** y **Resolución 2088/08**. De manera presencial y llevando toda la [documentación básica](#). (ver página 117).

NOTA: En caso de tratarse de afiliados/as en edad escolar o con posibilidades de acceder al sistema laboral protegido, se debe presentar la baja escolar.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

TRÁMITES DE INSTITUCIONES SIN CONVENIO

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada en la Delegación correspondiente, ésta es verificada por las/os trabajadoras/es de IOMA y evaluada por el/la auditor/a regional, tras lo que se le otorga un número de trámite con el que se remite la documentación a IOMA Central.

Esta documentación ingresa por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones

vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega a la/al afiliada/o (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

El trámite original junto con la segunda copia de la Orden de Autorización se archiva.

TRÁMITE DE PRÓRROGA DE COBERTURA

Instituciones que cumplen las condiciones

Las/os trabajadoras/es de IOMA deben comunicarse con las instituciones de la Región a los efectos de informar sobre el procedimiento para la carga online correspondiente a "Prórroga de cobertura".

Si la institución lo solicita, las/os trabajadoras/es de IOMA pueden brindar orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución es recibida online por la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico, donde es evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, será aprobada por el/la Director/a del sector, en cuya figura se delega de esta facultad por parte del Directorio de esta Obra Social.

En el caso de "Prórroga por cobertura" la Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente, para su posterior entrega a la Institución a efectos de la posterior presentación de facturación, una copia se entrega al Sector Liquidaciones y la tercera se archiva en el Sector Educativo Terapéutico.

Instituciones que NO cumplen las condiciones

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el auditor regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en cuya figura el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

El trámite original junto con la segunda copia de la Orden de Autorización, se enviarán a archivo una vez retirado el original por el Delegado regional.

12.1.2 INSTITUCIONES CON CONVENIO

En estos casos, la/el afiliada/o NO inicia trámite.

La solicitud de Autorización será presentada por la institución en los casos de alta, renovación (que no cumpla con requisitos de "Prórroga de cobertura"), cambio de modalidad o alto grado de dependencia en la Delegación o Región más cercana al domicilio declarado.

La institución debe presentar una solicitud de cobertura por cada afiliada/o, acercando la [documentación básica](#) (ver página 117).

NOTA: En caso de tratarse de afiliados/as en edad escolar o con posibilidades de acceder al sistema laboral protegido, se debe presentar la baja escolar.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

TRÁMITES DE ALTA, RENOVACIÓN O CAMBIO DE MODALIDAD EN INSTITUCIÓN QUE NO CUMPLE CON REQUISITOS

Una vez que la institución CON Convenio presenta la documentación detallada en la Delegación o Región correspondiente, ésta es verificada por las/os trabajadoras/es de IOMA quienes deben asignar un número de trámite a dicha documentación y elevarla a Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones

vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite en original y copia: el original de la Orden de Autorización debe ser retirado por la/el Delegada/o de la Región a fin de ser entregado a la Institución convenida a los efectos de la posterior presentación de la facturación.

TRÁMITES DE RENOVACIÓN POR SISTEMA “PRÓRROGA AUTOMÁTICA”

Las/os trabajadoras/es deberán proceder de la misma manera que si se tratara de Institución no convenida. En este caso las/os trabajadoras/es de la Delegación o de la Región solo se encargan de entregar las autorizaciones por prórrogas de cobertura ya emitidas por el Sector Educativo terapéutico y firmadas por la Dirección de Programas Específicos.

COBERTURA EN INSTITUCIONES CON CONVENIO

Por autorización o por carga online según el caso y al 100% de cobertura. La/el afiliada/o no debe abonar arancel diferenciado bajo ningún concepto.

12.2 CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

El Centro Educativo es un servicio para personas con discapacidad, su objetivo es incorporar conocimientos, aprendizajes y caracteres educativos a través de enfoques, metodologías y técnicas de índole terapéutica. Este servicio está destinado a niñas/os y jóvenes que su discapacidad no les permite ingresar el circuito de educación sistemática, necesitan este tipo de atención para realizar un proceso educativo acorde a sus necesidades.

Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la [Resolución 1237/21](#) de IOMA.

El trámite debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o en la Delegación más cercana a su domicilio (según Resolución 4320/11), llevando la documentación básica.

Este es un trámite que se realiza por vía de Autorización, debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar; en la Delegación más cercana a su domicilio (según Resolución 4320/11), llevando la [documentación básica](#) (ver página 117).

NOTA: En este caso se requiere informe completo realizado por el equipo de orientación de la institución educativa.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

TRÁMITE AUTORIZACIÓN DE SOLICITUD

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada en la Delegación correspondiente, ésta es verificada por las/os trabajadoras/es de IOMA y evaluada por el/la auditor/a regional, tras lo que se le otorga un número de trámite con el que se remite la documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en cuya figura el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original y su copia se remiten a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación). El trámite original junto con la segunda copia de la Orden de Autorización, permanecerá a la espera de la facturación en sector Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación.

GESTIONAR PRÓRROGA DE COBERTURA

Las/os trabajadoras/es de IOMA deben comunicarse con las instituciones de la Región a los efectos de informar sobre el procedimiento para la carga online correspondiente a "Prórroga de cobertura".

Si la institución lo solicita, las/os trabajadoras/es de IOMA pueden brindar orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución es recibida online por la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico, donde es evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, será aprobada por el/la Director/a

del sector, en cuya figura se delega esta facultad por parte del Directorio de esta Obra Social.

En el caso de "Prórroga por cobertura" la Orden de Autorización se emite por duplicado: el original y su copia se remiten a la Delegación correspondiente, para su posterior entrega a la Institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

Instituciones que NO cumplen las condiciones

En este caso, la solicitud de la renovación debe ser iniciada por la/el afiliada/o. Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el auditor regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en cuya figura el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

El trámite original junto con la segunda copia de la Orden de Autorización, permanecerán a la espera de la facturación en el sector de Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación.

12.3 ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

12.3.1 CICLO LECTIVO DE MARZO A DICIEMBRE

Cobertura en Escuelas de Educación Especial de: Estimulación Temprana, Educación especial en sus niveles inicial, primaria, secundaria, Formación Laboral y Apoyo a la Inclusión Escolar.

En cuanto a la modalidad de Estimulación Temprana y Apoyo a la Inclusión Escolar, en caso de corresponder autorizar las mencionadas prestaciones se otorga cobertura homologada a valor de jornada simple (4 horas), presentando los requisitos solicitados para Escuela de Educación Especial de gestión privada.

Se otorga cobertura en establecimientos educacionales que brinden prestaciones de educación especial, dependientes de DIPREGEPI y en escuelas radicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La cobertura de la prestación se encuentra estipulada en **Resolución 6528/11** y los valores de cobertura en **Resolución 855/21**.

La solicitud de Autorización debe ser iniciada de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio (según Resolución 1242/08), llevando la [documentación básica](#) (ver página 117). Se puede solicitar el inicio de la cobertura de la prestación durante todo el ciclo lectivo.

NOTA: En este caso se requiere informe completo realizado por el equipo de la Escuela de Educación Especial.

La renovación la realiza la institución vía web. La/el afiliada/o no inicia trámite.

Es posible que las/os afiliadas/os soliciten la "Prórroga de cobertura" de Escuela de Educación Especial una vez culminado el ciclo lectivo ya autorizado o por iniciarse uno nuevo en todos sus niveles: inicial, primaria, secundaria, Formación Laboral y Apoyo a la inclusión Escolar.

Las/os afiliados que en el período anterior contaron con autorización del IOMA pueden acceder a la "Prórroga de cobertura" siempre y cuando la Institución ingrese la información que será solicitada para la prórroga de cobertura del año en curso a través del sitio web de IOMA.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

TRÁMITE ALTA DE COBERTURA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada en la Delegación correspondiente, ésta es verificada por las/os trabajadoras/es de IOMA y evaluada por el/la auditor/a regional, tras lo que se le otorga un número de trámite con el que se remite la documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en cuya figura el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado, el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación). El trámite original se gira a la Región a la espera de la facturación y su posterior archivo. La segunda copia quedará archivada en el Sector Educativo Terapéutico.

GESTIONAR PRÓRROGA DE COBERTURA

Las/os trabajadoras/es de IOMA deben comunicarse con las instituciones de la Región a los efectos de informar sobre el procedimiento para la carga online correspondiente a "Prórroga de cobertura". Si la institución lo solicita, las/os trabajadoras/es de IOMA pueden brindar orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución es recibida online por la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico, donde es evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, será aprobada por el/la Director/a del sector, en cuya figura se delega esta facultad por parte del Directorio de esta Obra Social.

En el caso de "Prórroga por cobertura" la Orden de Autorización se emite por duplicado: el original y su copia se remiten a la Delegación correspondiente, para su posterior entrega a la Institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

12.3.2 ESCUELA DE VERANO

Cobertura en Escuela de verano de lunes a viernes, durante un período de 6 horas diarias con: atención de profesionales, atención asistencial y alimentación.

La cobertura se otorga en función de los valores establecidos por la Resolución vigen-

te de Escuela Especial durante un mes del período estival (enero o febrero).

Pueden acceder las/os afiliadas/os que hubieran concurrido a Escuela Especial con cobertura de IOMA durante el ciclo lectivo del año anterior.

El establecimiento deberá contar por cada grupo de 15 concurrentes con las/os siguientes profesionales: una/o profesora/o de Educación Física, un/a maestro/a de Educación Especial, un/a preceptor/a, un/a profesional nutricionista para la elaboración del menú de los concurrentes, un/a médico/a como mínimo (para la totalidad de las/os concurrentes) y un/a guardavidas como mínimo (para la totalidad de las/os concurrentes) en caso de contar con piscina.

La institución es la encargada de iniciar el trámite de cobertura. La/el afiliada/o no inicia trámite.

La institución presenta en el IOMA más cercano la nómina firmada de profesionales y técnicas/os que intervendrán junto con el plan de trabajo, la indicación del domicilio donde se desarrollarán las actividades, el listado de afiliadas/os concurrentes y la documentación especificada de la facturación (planilla de conformidad del/la afiliado/a, facturación, etc.).

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

Una vez que la Institución entrega la documentación detallada en la Delegación correspondiente, ésta es verificada por las/os trabajadoras/es de IOMA y evaluada por el/la auditor/a regional, tras lo que se procede a su facturación.

12.4 TRATAMIENTO AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARIO

Esta cobertura de tratamiento multidisciplinario es un módulo que contiene las tres prestaciones que se detallan a continuación. En todos los casos los valores cubiertos se encuentran estipulados en la Resolución 4270/10 de IOMA.

Fonoaudiología

La solicitud de cobertura se tramita en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico

Ambulatoria. Remitirse a Fonoaudiología: Foniatría (Módulo IV Discapacidad).

Psicología

La solicitud de cobertura se resuelve en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria. Remitirse a Salud Mental: Tratamiento Psicoterapéutico Individual o Prácticas que requieren Trámites de Excepción.

Psicopedagogía y Estimulación Temprana

Bajo esta modalidad quedan incluidos los Tratamientos ambulatorios de Psicopedagogía y Estimulación Temprana.

Es un trámite por vía de Autorización, según resolución 3624/10. La solicitud debe ser iniciada de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la [documentación básica](#) (ver página 117).

NOTA: En caso se debe sumar,

- Plan de tratamiento con pronóstico y objetivos propuestos por la/el profesional a cargo del mismo.
- En el caso de Estimulación Temprana se debe incluir informe de admisión.
- El presupuesto debe contener detalle de la cantidad de sesiones y del valor por cada una.

Gestión de renovación y autorización para las coberturas de Psicopedagogía, Musicoterapia, Estimulación Temprana y/o Estimulación Visual

Los valores de la cobertura se aplican según la **Resolución 401/21**. La documentación requerida para este trámite es la siguiente:

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial)
- Fotocopia de DNI de la persona afiliada.
- Prescripción de la prestación con carácter de derivación, redactada por el/la profesional de la salud.

- Plan de tratamiento con objetivos y pronóstico aproximado propuesto por el/la profesional a cargo del mismo.
- Informe de evolución completo, realizado por el/la profesional actuante (En caso de Renovación).
- Fotocopia de la última Orden de Autorización.
- Presupuesto detallando cantidad de sesiones y valor de cada una.
- Título y matrícula profesional del futuro prestador competente a la prestación solicitada.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

RENOVACIÓN O AUTORIZACIÓN

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en cuya figura el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original y su copia se remiten a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

12.5 HOGAR BÁSICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El Hogar es un servicio destinado a personas con discapacidad ante la ausencia de contención familiar, cuyo objetivo es cubrir los requerimientos de vivienda, alimentación, recreación y atención especializada. Existen dos modalidades de hogar: Básico (12.5) o Asociado (12.6).

El **Hogar básico** es una institución cuyos servicios están destinados a aquellas personas con discapacidad que poseen un grado de autovalidamiento e independencia suficiente para desarrollar actividades en un servicio exterior al hogar (inserción laboral, taller protegido y/o instancia escolar); también se destina a personas que por su alto grado de discapacidad y bajo nivel de valimiento necesitan de asistencia especializada permanente, y a personas que carecen de capacidad remanente para acceder a otras instancias educativas y/o terapéuticas.

Quedan expresamente excluidas de este programa todas las modalidades de atención gerontológica y/o destinadas a pacientes geriátricos.

Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la Resolución 1237/21 de IOMA.

El trámite por vía de Autorización según Resolución 4320/11. La solicitud de Autorización en Instituciones No Convenidas debe ser iniciada de manera presencial por la/ el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio (según Resolución 4320/11), llevando la [documentación básica](#) (ver página 117).

NOTA: En este caso se debe tener en cuenta la siguiente documentación.

- Nota de la persona con vínculo familiar, del/la responsable legal o del organismo estatal solicitando el ingreso al hogar.
- Prescripción que indique si se trata de hogar básico
- El informe de admisión debe especificar fecha de ingreso.
- El cronograma debe especificar de lunes a lunes.
- Presupuesto que detalle los montos propuestos.

Si la institución no cumple con las condiciones y/o requisitos de la “Prórroga de cobertura” es posible gestionarla, pero la solicitud de la renovación debe ser iniciada por la/ el afiliada/o. Presentando la [documentación básica para renovación](#) (ver página 119).

NOTA: En este caso se debe agregar, nota del/la familiar o Representante legal, solicitando la renovación del hogar.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

GESTIÓN DE PRÓRROGA DE COBERTURA

Las/os trabajadoras/es de IOMA deben comunicarse con las instituciones de la Región a los efectos de informar sobre el procedimiento para la carga online correspondiente a "Prórroga de cobertura". Si la institución lo solicita, las/os trabajadoras/es de IOMA pueden brindar orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución es recibida online por la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico, donde es evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, será aprobada por el/la Director/a del sector, atento a la Delegación de esa facultad por parte del Directorio de esta Obra Social.

En el caso de "Prórroga por cobertura" la Orden de Autorización se emite por duplicado: el original y su copia se remiten a la Delegación correspondiente, para su posterior entrega a la Institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

GESTIÓN DE PRORROGA DE COBERTURA EN INSTITUCIONES QUE NO CUMPLEN CON LAS CONDICIONES

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico y Asistentes Sociales.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

El trámite original junto con la segunda copia de la Orden de Autorización, permanecerán a la espera de la facturación en el sector de Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación.

12.6 HOGAR ASOCIADO

El Hogar Asociado comprende a los establecimientos que articulan dos modalidades complementarias: la prestación de base que atiende el desarrollo de capacidades y nuevas aptitudes para la mejor realización social, en el horario correspondiente y el hogar que brinda las prestaciones básicas de hábitat del beneficiario carente de contención familiar. El servicio de hogar Asociado está destinado a personas que presentan discapacidad y que no cuentan con familia continente:

- **Hogar asociado a Escuela de Educación Especial:** es el servicio destinado a niñas/os y jóvenes que tienen capacidades para recibir el abordaje pedagógico en el sistema escolar especial.
- **Hogar asociado a Centro de Educación Terapéutico:** es el servicio destinado a niñas/os y jóvenes cuya discapacidad no les permite acceder al sistema oficial de educación especial y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo específico con adecuación a sus posibilidades. Su objetivo es la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de abordaje, metodología y técnicas de carácter terapéutico.
- **Hogar asociado a Centro de Día:** es el servicio destinado a niñas/os, jóvenes y adultos con discapacidad severa o profunda, personas en situación de dependencia, egresadas/os de la escuela de educación especial, sin probabilidades de acceder al sistema laboral protegido y/o niñas/os que por las características de su discapacidad no pueden acceder a las currículas contempladas en el área de educación especial.

Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la **Resolución 1237/2021** de IOMA. La solicitud de Autorización para los tres casos debe ser iniciada de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio (según Resolución 4320/11),

llevando la [documentación básica](#) (ver página 117).

NOTA: En este caso además se debe tener en cuenta la siguiente documentación,

- Nota de la persona con vínculo familiar, del/la responsable legal o del organismo estatal solicitando el ingreso al hogar.
- Prescripción que indique a qué hogar asociado se vincula.
- El informe de admisión debe especificar fecha de ingreso.
- El cronograma debe especificar de lunes a lunes.
- Informe social y planilla de hogar asociado cumplimentada por el establecimiento prestador.
- Presupuesto que detalle los montos propuestos.

En caso de ser asociado a Centro Educativo Terapéutico o Centro de Día:

- Baja Escolar e informe realizado por la Escuela Especial fundamentado la derivación al Centro, según el caso.
- Informe de admisión del Centro.
- Plan de tratamiento propuesto por el Centro.
- Cronograma de actividades del Centro.

Las/os afiliadas/os que en el periodo anterior contaron con autorización del IOMA para esta cobertura podrán acceder a la "Prórroga de cobertura" siempre y cuando la institución cumpla con las condiciones. La renovación la realiza la institución vía web. El afiliado no inicia trámite.

Si la institución no cumple con las condiciones y/o requisitos de la "Prórroga de cobertura" es posible gestionarla, pero la solicitud de la renovación debe ser iniciada por la/el afiliada/o. Presentando la [documentación básica para renovación](#) (ver página 119).

NOTA: En este caso se debe agregar, nota del/la familiar o Representante legal, solicitando la renovación del hogar.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

AUTORIZACIÓN DE COBERTURA EN HOGAR ASOCIADO

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación correspondiente en la Delega-

ción correspondiente (según se trate de un Hogar asociado a Escuela de Educación Especial, Centro Educativo Terapéutico o Centro de Día), las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el auditor regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

El trámite original junto con la segunda copia de la Orden de Autorización, permanecerán a la espera de la facturación en el sector de Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación.

GESTIÓN “PRÓRROGA DE COBERTURA”

Las/os trabajadoras/es de IOMA deben comunicarse con las instituciones de la Región a los efectos de informar sobre el procedimiento para la carga online correspondiente a “Prórroga de cobertura”. Si la institución lo solicita, las/os trabajadoras/es de IOMA pueden brindar orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución es recibida online por la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico, donde es evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, será aprobada por el/la Director/a del sector, en quien se delega de esta facultad por parte del Directorio de esta Obra Social. En el caso de “Prórroga por cobertura” la Orden de Autorización se emite por duplicado: el original y su copia se remiten a la Delegación correspondiente, para su posterior entrega a la Institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

GESTIÓN DE PRORROGA DE COBERTURA EN INSTITUCIONES QUE NO CUMPLEN CON LAS CONDICIONES

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación correspondiente en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico y Asistentes Sociales.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

El trámite original junto con la segunda copia de la Orden de Autorización, permanecerán a la espera de la facturación en el sector de Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación.

12.7 PROGRAMATEA

El Programa TEA está pensado para brindar cobertura personalizada, intensiva e interdisciplinaria en domicilio, policonsultorio o Centro Educativo Terapéutico a las/os afiliadas/os con Trastornos del Espectro Autista, dentro de estándares de excelencia en calidad, con prestadores especialmente capacitados.

Este Programa incluye: Síndrome de Rett, Asperger y TGD no especificado; y reúne todas las prestaciones básicas en una única solicitud:

- Supervisión del equipo profesional a cargo de médico psiquiatras, neurólogos/as y/o psicólogos/as.
- Psicología.
- Fonoaudiología.

- Psicopedagogía.
- Terapia ocupacional.

Prestaciones complementarias:

- Psicomotricidad.
- Musicoterapia.
- Acompañante Terapéutico (en domicilio y/o institución educativa común de gestión estatal o privada).

Para ingresar al Programa TEA la/el afiliada/o debe solicitar el listado de efectores inscriptos en el Programa, pueden hacerlo en la Delegación más cercana a su domicilio o enviando un correo electrónico a: programatgd@gmail.com

Una vez que la/el afiliada/o obtiene el listado de prestadores, debe elegir uno y contactarse para acordar una entrevista. Tras dicha entrevista, la/el afiliada/o elige la Institución o el equipo que realizará las prestaciones, a quien/es debe solicitar/les la documentación necesaria -debajo se detalla- para iniciar la autorización de la cobertura en la Delegación más cercana.

No pueden acceder al programa TEA aquellas/os afiliadas/os que ya cuenten con el sistema de Atención Domiciliaria Integral (Internación Domiciliaria), que concurren a Centro de Día y/o que residan en Hogares con cobertura de IOMA.

En caso de que el afiliado recibiera autorización de programa TEA en DOMICILIO, no podrá tener cobertura en CET, consultorios y viceversa.

GESTIÓN SOLICITUD DE ALTA EN EL PROGRAMA TEA

El trámite debe generarse en la Delegación de manera presencial por la/el afiliada/o, llevando toda la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada
- Certificado de discapacidad (no excluyente)
- [Planilla 1](#), completada por la familia
- [Planilla 2](#), Prescripción médica e historia clínica*
- [Planilla 3](#), correspondiente a Resolución 6351/15
- Plan de tratamiento que incluya: objetivos, áreas de abordaje, métodos y técnicas de intervención, etc. Deberá estar realizado por la/el profesional que dirigirá, supervisará y coordinará el tratamiento interdisciplinario.

- Cronograma horario (es fundamental su inclusión a fin de evaluar su real prestación).

*Realizadas por médico/a (Neurólogo o Psiquiatra) o psicólogos externos a esta institución.

NOTA: se autoriza un mínimo de 6 y un máximo de 12 meses según criterios de auditoría especializada y con posibilidad de ser renovado con debida justificación.

Renovación de las coberturas del Programa TEA

El trámite debe generarse en la Delegación de manera presencial por la/el afiliada/o, con la documentación presentada para la solicitud inicial, agregando:

- Informe del/la coordinador/a del equipo respecto de supervisiones realizadas e indicaciones específicas de las tareas de cada profesional del grupo.
- Copia de la Autorización del período anterior.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

INGRESO AL PROGRAMA TEA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y con la documentación correspondiente dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

RENOVACIÓN PROGRAMA TEA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación correspondiente a la renovación en la Delegación correspondiente, las/os trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central. Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico y Asistentes Sociales.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

El trámite original junto con la segunda copia de la Orden de Autorización, permanecerán a la espera de la facturación en el sector de Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación.

PRESTACIONES OPCIONALES DEL PROGRAMA TEA

El Programa TEA cuenta con las siguientes prestaciones opcionales:

- Acompañante terapéutico en domicilio,
- Acompañante terapéutico en institución educativa común (de gestión estatal o privada).

Esta cobertura de tratamiento es un módulo que contiene las tres prestaciones que se detallan a continuación según la Resolución 5830/15 de IOMA.

Para iniciar el trámite de solicitud de autorización de cobertura de las prestaciones opcionales, la/el afiliada/o debe presentarse en la Delegación más cercana a su domicilio con la siguiente documentación requerida para cada caso y detallada a continuación.

En todos los casos, el seguimiento y/o las averiguaciones pertinentes al estado del

trámite de solicitud de autorización iniciado por el/la afiliado/a hasta su resolución final deben realizarse en la Delegación o Región correspondiente o en nuestro sitio web, en el botón [Mis trámites](#).

Documentación inicial para solicitar autorización de la prestación opcional Acompañante terapéutico en domicilio:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada y certificado de discapacidad.
- [Planilla 1](#), completada por la familia
- [Planilla 2](#), Prescripción médica e historia clínica*
- [Planilla 3](#), correspondiente a Resolución 6351/15
- Plan de tratamiento que incluya: objetivos, áreas de abordaje, métodos y técnicas de intervención, etc. Deberá estar realizado por la/el profesional que dirigirá, supervisará y coordinará el tratamiento interdisciplinario.
- Título habilitante del AT
- Cronograma horario (es fundamental su inclusión a fin de evaluar su real prestación).
- Plan de trabajo a realizar atento a las indicaciones del equipo interviniente
- Detalle de carga horaria.

*Realizadas por médico/a (Neurólogo o Psiquiatra) o psicólogos externos a esta institución.

NOTA: se autoriza un mínimo de 6 y un máximo de 12 meses según criterios de auditoría especializada y con posibilidad de ser renovado con debida justificación. El/la afiliado/a debe tener un mínimo de 6 años para solicitar esta prestación.

Documentación inicial para solicitar autorización de la prestación opcional Acompañante terapéutico en institución educativa común, de gestión estatal o privada:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada y certificado de discapacidad.
- [Planilla 1](#), completada por la familia

- [Planilla 2](#), Prescripción médica e historia clínica*
- [Planilla 3](#), correspondiente a Resolución 6351/15
- Plan de tratamiento que incluya: objetivos, áreas de abordaje, métodos y técnicas de intervención, etc. Deberá estar realizado por la/el profesional que dirigirá, supervisará y coordinará el tratamiento interdisciplinario.
- Título habilitante del AT
- Plan de tratamiento que incluya: objetivos, áreas de abordaje, métodos y técnicas de intervención, etc. Deberá estar realizado por la/el profesional que dirigirá, supervisará y coordinará el tratamiento interdisciplinario.
- Presupuesto detallando cantidad de sesiones mensuales y diarias.
- Cronograma horario (es fundamental su inclusión a fin de evaluar su real prestación).
- Autorización de la DGCyE o DIPREGEp respecto del ingreso de la persona propuesta para cumplir el rol en la institución escolar. La autorización debe contener el nombre y apellido de la persona que realizará la tarea
- Plan de trabajo a realizar atento a las indicaciones del equipo interviniente.

NOTA: se autoriza un mínimo de 6 y un máximo de 12 meses según criterios de auditoría especializada y con posibilidad de ser renovado con debida justificación. Esta prestación es a partir de nivel inicial.

Renovación de las coberturas de las Prestaciones opcionales

Para gestionar la renovación de la cobertura de cualquiera de estas prestaciones opcionales, la/el afiliada/o debe presentar en la Delegación más cercana la documentación inicial más un Informe de evolución confeccionado por la/el Acompañante terapéutico (ya sea domiciliario o en institución educativa común, de gestión estatal o privada).

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

SOLICITUD DE PRESTACIONES OPCIONALES DEL PROGRAMA TEA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Dele-

gación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Educativo Terapéutico.

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

12.8 EVALUACIÓN TEA: Convenio FLENI 905020

Este CONVENIO FLENI 905020 atiende al módulo de trastornos generalizados del desarrollo (**Resolución vigente 605/21**).

El mismo está pensado para brindar cobertura de un módulo de evaluación diagnóstica personalizado e interdisciplinario en el Centro de Rehabilitación FLENI, con Sede en la ciudad de Escobar, para afiliadas/os con presunción o diagnóstico TEA.

El trámite es iniciado directamente por el Centro de Rehabilitación FLENI -Sede Escobar-, a través de la web envía la documentación al Área Educativo Terapéutico.

Documentación requerida para solicitar la cobertura del Convenio:

- Fotocopia de DNI del/la titular y del/la familiar para el cual se solicita el servicio;
- Fotocopia de Credencial de Titular y de la persona afiliada para la que se solicita el servicio;
- Fotocopia del Certificado Único de Discapacidad, si se posee;
- En el caso de poseer Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplazará la documentación básica (Fotocopia de DNI, Fotocopia de

Credencial, Fotocopia de último recibo de sueldo o de pago en el caso de afiliados/as voluntarios/as y de Certificado Único de Discapacidad);

- Prescripción médica por un/a profesional que NO pertenezca a FLENI;
- Historia Clínica, puede ser realizada por pediatra o médico/a de cabecera;
- Informe de evaluación (en los casos en los que ya se ha realizado evaluación en FLENI);
- Informe de cada uno/a de los/as profesionales que atienden actualmente al/la afiliado/a por quien se solicita la cobertura (si recibe actualmente tratamientos);
- Presupuesto de FLENI.

12.9 PSICOPEDAGOGÍA

Las solicitudes de cobertura pueden ser por modalidad de Autorización o por Reintegro.

En el caso autorización, se debe presentar la siguiente documentación:

- Orden de solicitud de cobertura, reseña de historia clínica confeccionada por profesional de la salud;
- Plan de tratamiento que incluya los objetivos a trabajar;
- Presupuesto especificando cantidad de sesiones mensuales y periodo; las sesiones no podrán brindarse de forma consecutiva ni ser menores a 45 minutos cada una;
- Del efector del servicio: copia de título habilitante, curriculum vitae, copia de certificado con número de matrícula emitida por Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires - Registro Único de Prestadores (RUP).

Para el caso de solicitud de renovación de cobertura deberá incluirse la misma documentación solicitada en autorización junto con: Informe de evolución y plan de tratamiento actualizado.

En el caso de solicitar **REINTEGRO**, se deber presentar los mismos requisitos para autorización e incluir:

- Planillas de asistencia que incluyan día de atención, horario de inicio y

fin de sesión;

- Firma de familiar y de profesional;
- Factura emitida a nombre del afiliado con firma y sello de profesional y leyenda de PAGADO;
- Constancia de CBU;
- Planilla de solicitud Reintegro.

CIRCUITO ADMINISTRATIVO

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada previamente en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

En el caso de Reintegro el personal administrativo también deberá realizar la carga en el sistema de Reintegros antes de remitir la documentación a IOMA Central.

La documentación ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Departamento Discapacidad y Rehabilitación, Sector Educativo Terapéutico. Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico.

Para el caso de solicitudes de cobertura por modalidad administrativa de autorización, si la prestación se encuentra justificada y dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad. En casos de solicitud de modalidad administrativa de reintegro, una vez que el trámite es auditado por equipo técnico, se deriva al Sector Reintegros de la Dirección de Programas Específicos o a Dirección General de Prestaciones o Comisión de Prestaciones de Directorio previo pase por Dirección de Finanzas según sea el monto a reintegrar y donde se realizará la carga en el sistema web de reintegros. Para el paso de reintegros autorizados se procederá a librar el pago a la cuenta que corresponda según el caso, y para cada afiliado.





TRANSPORTE Y TRASLADO





13.1 TRANSPORTE Y TRASLADO

Esta prestación incluye transporte para personas afiliadas con discapacidad que concurren a:

- Centros de día, Centros educativos terapéuticos y Escuelas especiales;
- Traslados a rehabilitación;
- Traslados de pacientes ambulatorios.

En los tres casos los traslados pueden gestionarse vía Autorización o Reintegro.

Descripción de la prestación: transporte para las/os afiliadas/os que presentan compromiso motor severo, trastornos severos de la personalidad, retardo mental moderado, severo o profundo, sensoriales, viscerales, cualquier otro cuadro que por sus características impida hacer uso del transporte público y trastornos del Espectro Autista. Además incluye prestación para afiliadas/os no discapacitadas/os con necesidad de traslado para rehabilitación, estudios complementarios, terapias especiales y controles médicos, cuando el cuadro clínico por su complejidad, justifique un traslado.

Asimismo, incluye a las personas afiliadas con discapacidad auditiva o ciega, en el caso de que la Institución a la cual concurre acredite que la persona afiliada aún no puede transportarse en forma independiente. De lo contrario, se debe recurrir al uso del pase libre en el transporte público.

También incluye el traslado en ambulancia para pacientes 100% Internados.

Los medios de transporte autorizados son los siguientes:

- Combi/colectivos;
- Transporte adaptado para sillas de ruedas;
- Automóvil habilitado (remis o taxi).

Para estos tres móviles se computan los kilómetros con el paciente a bordo.

- Ambulancias:
- Sin médico/a,
- Con médico/a.

- UTIM (Unidad móvil de cuidados intensivos): pacientes que requieren soporte de sus funciones vitales o presenten inestabilidad clínica manifiesta;
- UTIM Neonatal (Unidad móvil de cuidados intensivos neonatales): neonatos que requieren soporte de sus funciones vitales o presentan inestabilidad clínica manifiesta.

NOTA: Todo traslado en ambulancia supone una espera máxima de 2 horas, superada la cual se adicionan de forma no fraccionable los montos por hora de espera.

COBERTURA POR TRASLADO, VÍA AUTORIZACIÓN O REINTEGRO

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según **Resolución 1242/08** y **Resolución 2088/08**), llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Nota solicitando autorización o reintegro (según corresponda);
- Orden médica con diagnóstico y especificación del motivo del traslado indicando origen y destino;
- Historia clínica especificando justificación del motivo del traslado;
- Presupuesto o factura B o C con detalle de kilómetro y su costo por kilómetro;
- Fotocopia de habilitación municipal y/o ministerial de la unidad de traslado;
- Constancia del servicio al que asiste.

NOTA: Para afiliada/o con discapacidad anexar fotocopia de certificado de discapacidad vigente (otorgado por organismo oficial). En el caso de poseer credencial de discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica y el Certificado de Discapacidad.

En caso de tratarse de Reintegro se debe incluir planilla de transferencia cuenta BAPRO y comprobante de CBU.

Exclusiones:

- Las instituciones (Centro de Día y Centros Educativos Terapéuticos) que presenten Declaración Jurada de traslado número 348/04;
- Las ambulancias solicitadas vía Call Center.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA EN CASO DE REINTEGRO

Los reintegros son descentralizados, por lo que deben resolverse en la Región correspondiente. Se presenta la misma documentación que para autorización de traslado. Una vez verificada y evaluada por auditoría especializada de la Región, se emite informe y se confecciona el Acta de reintegro con firma del/la Director/a de Región.

Se entrega al/la afiliado/a el original del Acta de Reintegro.

El pago es por cuenta Bapro.

EN CASO DE AUTORIZACIÓN

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional, quien emite en planilla de autorización de traslado y eleva el trámite a Sede Central.

La Auditoría del Sector Traslados ratifica el informe de auditoría de Región, con conformidad del/la Director/a de Programas Específicos. El trámite vuelve a Región donde se confecciona la Orden de Prestación con firma del/a Director/a de Región.

Se entrega al/la afiliado/a el original de la Orden de Prestación quien la entregará al prestador del servicio a efectos de la posterior presentación conjuntamente con la facturación.

El trámite original permanecerá en la Región a la espera de la facturación, una vez adjuntada se envía al Sector Liquidaciones del Dpto. Discapacidad y Rehabilitación.

SOLICITUD DE KILÓMETROS EXCEDENTES

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación correspondiente en la Delegación, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional, quien emite en planilla de autorización de trasla-

do y eleva el trámite a Sede Central.

La Auditoría del Sector Traslados ratifica el informe de auditoría de Región, con conformidad del/la Director/a de Programas Específicos. El trámite vuelve a Región donde se confecciona la Orden de Prestación con firma del/a Director/a de Región.

Se entrega al/la afiliado/a el original de la Orden de Prestación quien la entregará al prestador del servicio a efectos de la posterior presentación conjuntamente con la facturación.

El trámite original permanecerá en la Región a la espera de la facturación, una vez adjuntada se envía al Sector Liquidaciones del Dpto. Discapacidad y Rehabilitación.

13.2 PERSONAS QUE CONCURREN A CENTROS DE DÍA, CENTROS EDUCATIVOS TERAPÉUTICOS Y A ESCUELAS ESPECIALES

Las/os afiliadas/os que acceden al servicio de traslado son aquellas/os que presentan compromiso motor severo, trastornos severos de la personalidad, retardo mental moderado, severo o profundo, sensoriales, viscerales y cualquier otro cuadro que por sus características impida hacer uso del transporte público.

1) Centro educativo terapéutico o Centro de día SIN CONVENIO con IOMA.

El/la afiliado/a puede optar por unas de las siguientes opciones:

A) Centro de día o Centro Educativo Terapéutico que cuenta con transporte propio o tercerizado y el /la afiliado/a decide utilizar este servicio:

El traslado se requiere junto con la solicitud de cobertura por concurrencia a la Institución. Bajo esa modalidad se otorgan hasta 20 Km. diarios. Por los excedentes de kilómetros se debe iniciar trámite de autorización.

B) Si el/la afiliado/a viene recibiendo cobertura de prestación básica y del traslado hasta 20 Km. diarios (10 Km. para la ida y 10 Km. para la vuelta) desde su domicilio hacia la Institución y su regreso, y el Centro cumple con los requisitos para acceder a "prórroga de cobertura", no debe iniciar trámite alguno.

C) Si el Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico tiene la presentación básica

sin transporte y desea incluirlo debe completar la Declaración Jurada de Traslado N° 348/04 y enviarla vía Delegación o Región al Sector Traslados de Sede Central. Sólo se reconoce vía autorización y desde el momento de la presentación de la Declaración Jurada. Si los Km. superan los 20 Km. por día, el/la afiliado/a debe iniciar trámite solicitando el excedente de kilómetros diarios.

D) Si el Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico no cuenta con transporte propio o tercerizado debe solicitar cobertura por trámite.

2) Escuela Especial

Se solicita la cobertura por trámite, vía autorización o reintegro.

3) Centro De Día o Centro Educativo Terapéutico CON CONVENIO con IOMA

El traslado está dentro de la presentación básica hasta los 20 Km. diarios (10 Km. vuelta), desde su domicilio hacia la Institución y su regreso. Si se exceden los kilómetros mencionados la cobertura de la diferencia de kilómetros se solicita mediante trámite de autorización.

PROCEDER DE LAS/OS AFILIADAS/OS DE IOMA POR TRASLADO VÍA AUTORIZACIÓN O REINTEGRO

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Nota solicitando autorización o reintegro (según corresponda);
- Orden médica con diagnóstico y especificación del motivo del traslado indicando origen y destino;
- Historia clínica especificando justificación del motivo del traslado;
- Presupuesto o factura B o C con detalle de kilómetro y su costo por kilómetro;
- Fotocopia de habilitación municipal y/o ministerial de la unidad de

traslado;

- Constancia del servicio al que asiste;
- Para afiliada/o con discapacidad anexar fotocopia de certificado de discapacidad vigente (otorgado por organismo oficial). En el caso de poseer credencial de discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica y el Certificado de Discapacidad.

NOTA: en caso de tratarse de Reintegro se debe incluir planilla de transferencia cuenta BAPRO y comprobante de CBU.

Exclusiones:

- Las instituciones (Centro de Día y Centros Educativos Terapéuticos) que presenten Declaración Jurada de traslado número 348/04;
- Las ambulancias solicitadas vía Call Center.

13.3 REHABILITACIÓN Y PACIENTES AMBULATORIOS

Esta prestación incluye la concurrencia a Centros de Rehabilitación con o sin convenio con IOMA, o a consultorios para diferentes terapias de rehabilitación (kinesiología, fonoaudiología, hidroterapia, etc.) con un tratamiento de más de tres meses de duración.

PROCEDER DE LAS/OS AFILIADAS/OS DE IOMA

VÍA AUTORIZACIÓN O REINTEGRO

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, (según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08), llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Nota solicitando autorización o reintegro (según corresponda);
- Orden médica con diagnóstico y especificación del motivo del traslado indicando origen y destino;
- Historia clínica especificando justificación del motivo del traslado;

- Presupuesto o factura B o C con detalle de kilómetro y su costo por kilómetro;
- Fotocopia de habilitación municipal y/o ministerial de la unidad de traslado;
- Constancia del servicio al que asiste;
- Para afiliado/a con discapacidad anexar fotocopia de certificado de discapacidad vigente (otorgado por organismo oficial). En el caso de poseer credencial de discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica y el Certificado de Discapacidad.

NOTA: en caso de tratarse de Reintegro se debe incluir planilla de transferencia cuenta BAPRO y comprobante de CBU

Exclusiones:

- Las instituciones (Centro de Día y Centros Educativos Terapéuticos) que presenten Declaración Jurada de traslado número 348/04;
- Las ambulancias solicitadas vía Call Center.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

TRATAMIENTOS INFERIORES A TRES MESES DE DURACIÓN

El/la afiliado/a presenta la documentación detallada en la Delegación o Región correspondiente. Verificada la misma, es evaluada por la auditoría especializada de la Región, quien emite informe en Planilla de autorización de traslado y se confecciona la Orden de Prestación con la firma del/la Director/a regional.

El trámite NO se envía a Sede Central.

En caso de **autorización** o **reintegro** ver [página 149](#).

13.4 TRASLADO EN AMBULANCIA DURANTE UNA INTERNACIÓN

Esta prestación incluye el 100% de los traslados en ambulancias durante una internación en una clínica de la provincia de Bs. As. o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las entidades prestadoras de segundo y tercer nivel establecen la operatividad del

sistema y se responsabilizan de que los mismos sean efectuados en tiempo y forma. Para ello se creó un centro de traslados (CALL CENTER) donde las clínicas se comunican para solicitar la ambulancia.

PROCEDER DE LAS/OS AFILIADAS/OS PARA ACCEDER A LA PRESTACIÓN

Traslados para pacientes que requieran rehabilitación por períodos menores a tres meses de tratamiento. Para acceder a esta prestación, la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, debe acercarse a la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio (Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08.), llevando la documentación requerida; puede solicitar el traslado vía Call Center:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada (directa o titular) y de la persona afiliada para la que se solicita el servicio;
- Fotocopia de Carnet de IOMA del afiliado directo o titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio;
- En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad emitido por Organismo Oficial, copia del mismo;
- Fotocopia de último recibo de sueldo (afiliado obligatorio) o de último comprobante de pago (afiliadas/os voluntarias/os);
- En caso de poseer Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (Fotocopia de DNI, Fotocopia de Credencial, Fotocopia del último recibo de sueldo o de pago en caso de afiliados voluntarios) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria (Código QR);
- Resumen de Historia Clínica y/o informe emitido por profesional competente, justificando el motivo del traslado con diagnóstico e indicación, desde y hasta donde se producirá el traslado, fechas, horarios y tipo de móvil; firmado y sellado.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

TRATAMIENTOS INFERIORES A TRES MESES DE DURACIÓN

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación correspondiente, en la Delegación, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma y otorgan un número de

trámite. Luego, proceden a realizar la carga del trámite en Sistema Sol IOMA/GDEBA, con un mínimo de 48 a 72 h de antelación, y lo elevan a Región.

Una vez el trámite es recepcionado en la Región correspondiente, su Director/a debe analizar la documentación y confeccionar un informe (con su firma y su sello) en el que justifique la no existencia de prestadores en la zona, y en el que conste la siguiente información: nombre y número de afiliada/o, diagnóstico, motivo del traslado y tipo de móvil, dirección de partida, dirección de destino, teléfonos de contacto, fechas, horarios y el número de Sistema Sol IOMA / GDEBA con que se cargó el trámite.

Desde la Región se eleva el trámite como documentación respaldatoria a IOMA Central, sector Traslados Call Center DPE, y carga en Sistema Sol, en observaciones el resultado del mismo: "Traslado Call Center, desde y hasta, fecha y hora, frecuencia y tipo de móvil".

Toda la documentación presentada por el/la afiliado/a y el Informe del/la Director/a deben ser enviados a Call Center Argentina, mediante fax o correo electrónico.

NOTA: En caso de algún inconveniente con el traslado, las/os trabajadoras/es de IOMA deben informar vía telefónica a IOMA Central del traslado.

13.5 TRASLADOS PROGRAMADOS (CALL CENTER ARGENTINA)

Los/as beneficiarios/as de esta prestación son afiliadas/os con certificado único de discapacidad (CUD) o Certificación Médica que requieran:

- Controles médicos ambulatorios programados;
- Estudios por imágenes o laboratorio (si no hay en la Región quien los realice a domicilio);
- Tratamientos de Quimioterapia u otro autorizado por IOMA;
- Terapias de rehabilitación en forma ambulatoria, si no hubiese prestadores en la zona;
- Asistencia a Centros de Día, Centros Educativos Terapéuticos, Escuelas Especiales, Escuelas Inclusivas, Hospitales de Día y Hogares, si no hubiese prestadores en la zona;
- Internación Domiciliaria, no emergencia, que deban realizar diversos controles/estudios y la prestación no esté contemplada dentro del módulo

autorizado por IOMA.

Patologías Psiquiátricas: se evaluarán conjuntamente con el Área de Salud Mental. Se puede realizar el traslado, en el caso de no contar con prestadores y presentando una historia clínica la cual avale, justifique a dicho móvil. No se autorizan traslados para evaluaciones psiquiátricas, solamente derivaciones para internación avaladas por el ABEASM.

CALL CENTER ARGENTINA: 0800-444-7640 o 0800-666-4509

Traslados desde/hacia clínicas de Rehabilitación (3º Nivel) con pacientes internados: el/la afiliado/a y/o las clínicas deberán solicitar el traslado por la misma vía, anteriormente enunciada, a los efectos de la carga correspondiente y generación de número de trámite en Sistema Sol IOMA / GDEBA. Todos los traslados deberán solicitarse con un mínimo de 48/72 h, sin excepción.

PROCEDER DEL CALL CENTER ARGENTINA

Las/os agentes de Call Center Argentina deben cargar toda la documentación en la Web a los efectos de su evaluación y aprobación o no en IOMA Central, Dirección de Programas Específicos, Área Traslados Call Center, haciendo referencia al número de trámite gestionado por IOMA regional:

- 1) Audita el trámite, aprobando o rechazándolo.
- 2) La Región solicita confirmación a central del resultado del mismo.



DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL





14. DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

14.1 HOGARES

Se entiende por Hogar al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda, alimentación, recreación y atención especializada de aquellas personas con discapacidad carentes de grupo familiar o red de apoyo, o cuando el mismo no tiene la posibilidad de cubrir las necesidades asistenciales de la persona.

Este programa está destinado a pacientes con secuelas incapacitantes en las que por su estadio crónico agotaron todas las instancias de rehabilitación, requiriendo en su estado actual el mantenimiento de las funciones motoras y cognitivas remanentes, asistencia parcial o total en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria (aseo e higiene, alimentación, movilidad, etc.)

Modalidad de cobertura: se gestiona vía trámite de autorización mediante inicio de un trámite en la Delegación correspondiente al domicilio del/la afiliado/a.

HOGAR para adultos con patologías crónicas adquiridas, reglamentada en el año 2008 por la **Resolución 6694/08**.

PROCEDER DEL/LA AFILIADO/A PARA ACCEDER A LA COBERTURA

El trámite de solicitud de Autorización en Instituciones No Convenidas debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08, llevando la documentación requerida:

- Nota del/la familiar o responsable legal solicitando el ingreso al Hogar;
- Derivación médica;
- Certificado de discapacidad;
- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Informe de admisión del Hogar. Evaluación y propuesta terapéutica confeccionada por el centro que brindará la prestación;
- Informe Social conteniendo la evaluación del grado de contención familiar en la solicitud de cobertura de Hogar;

- Cronograma de actividades del Hogar, nómina y horarios de profesionales intervinientes;
- Presupuesto del Establecimiento prestador.

Debido a que para la atención de las personas adultas mayores los Hogares de Sostén y mantenimiento no son suficientes, y a los efectos de poder dar respuesta a la demanda de los/as afiliados/as de toda de la provincia, es que se da cobertura por vía de excepción a afiliadas/os que son asistidas/os en Residencias Geriátricas habilitadas por Decretos Reglamentarios 1190/12 o 3280/90 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en cuya zona de residencia no existan Hogares o no cuenten con vacantes al momento de requerir la internación. Tipo de Cobertura: se homologa a los valores del módulo Bajo Grado de Dependencia (BGD) de la resolución vigente que reglamenta los Hogares para personas adultas mayores con patologías crónicas adquiridas. Esta homologación al menor valor que estipula dicha resolución, se basa en que los Hogares para personas con discapacidad cuentan con una estructura y plantel profesional superior a la exigida para los Geriátricos.

PROCEDER DEL/LA AFILIADO/A PARA ACCEDER A LA COBERTURA

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, según **Resolución 1242/08** y **Resolución 2088/08**, llevando la documentación requerida:

- Nota del/la familiar o responsable legal solicitando el ingreso al Geriátrico;
- Derivación médica;
- Historia Clínica;
- Certificado de Discapacidad;
- Presupuesto;
- Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires o Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En caso de REINTEGRO , además de la documentación antes mencionada deberá ad-

juntar:

- CBU del/la afiliado/a o familiar;
- Factura original firmada y sellada por el prestador.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el auditor regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Se ingresa por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Departamento de Asistentes Sociales

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

Una vez aprobada la solicitud de reintegro, las/los trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros y lo derivan al Sector Reintegros de la Dirección de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la cuenta del/la afiliado/a.

14.2 GERIÁTRICO

Debido a que para la atención de las personas adultas mayores los Hogares de Sostén y mantenimiento no son suficientes, y a los efectos de poder dar respuesta a la demanda de los/as afiliados/as de toda la provincia, es que se da cobertura por vía de excepción a afiliadas/os que son asistidas/os en Residencias Geriátricas habilitadas por Decretos Reglamentarios 1190/12 o 3280/90 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en cuya zona de residencia no existan Hogares o no cuenten con vacantes al momento de requerir la internación. Tipo de Cobertura: se homologa a los valores del módulo Bajo Grado de Dependencia (BGD) de la resolución vigente que reglamenta los Hogares para personas adultas

mayores con patologías crónicas adquiridas. Esta homologación al menor valor que estipula dicha resolución, se basa en que los Hogares para personas con discapacidad cuentan con una estructura y plantel profesional superior a la exigida para los Geriátricos.

PROCEDER DEL/LA AFILIADO/A PARA ACCEDER A LA COBERTURA

El trámite de solicitud de Autorización debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio, según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08, llevando la documentación requerida:

- Nota del/la familiar o responsable legal solicitando el ingreso al Geriátrico;
- Derivación médica,
- Historia Clínica;
- Certificado de Discapacidad;
- Presupuesto;
- Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires o Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En caso de REINTEGRO , además de la documentación antes mencionada deberá adjuntar:

- CBU del/la afiliado/a o familiar.
- Factura original firmada y sellada por el prestador.

PROCEDER DE LAS/OS TRABAJADORAS/ES DE IOMA

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el auditor regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Se ingresa por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Departamento de Asistentes Sociales

La documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

Una vez aprobada la solicitud de reintegro, las/los trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros y lo derivan al Sector Reintegros de la Dirección de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la cuenta del/la afiliado/a.





HERRAMIENTAS DIGITALES



15. IOMA DIGITAL PARA AFILIADAS/OS

15.1 REGISTRO AFILIADAS/OS WEB

Al usar una herramienta, se pide ingresar al usuario "Mis gestiones". Para eso es necesario estar registrada/o en la plataforma. Registrarse solo una vez ya sea mediante web o app, en ambos se inicia con el mismo usuario y contraseña.

- 1) Ingresar al sitio web de IOMA (www.ioma.gba.gob.ar)
- 2) Luego hacer clic en [Autogestión afiliadas/os](#) al seleccionar una herramienta del portal de afiliados se redirigirá a "Mis gestiones".
- 3) Hacer clic en "Registrarme".
- 4) Se debe completar un registro con los datos de la persona afiliada (DNI, número de trámite del DNI, número de CUIL, correo electrónico y contraseña, sirve para acceder a la web, por lo que se recomienda que sea de uso exclusivo para ello y fácil de recordar).
- 5) Una vez registrado el usuario, la plataforma envía un correo electrónico con un enlace para validar la identidad de la persona registrada y poder habilitar el usuario.

15.2 REGISTRO AFILIADAS/OS APP

- 1) Descargar la app "IOMA Digital" desde [Play Store](#) o [App Store](#).
- 2) Para registrarse completar los datos de la persona afiliada (DNI, número de trámite del DNI, número de CUIL, correo electrónico y contraseña, sirve para acceder a la app, por lo que se recomienda que sea de uso exclusivo para ello y fácil de recordar).
- 3) Una vez registrado el usuario, se envía un correo electrónico con un enlace para validar la identidad de la persona registrada y poder habilitar el usuario.

15.3 CREDENCIAL DIGITAL

15.3.1 EN WEB

- 1) Ingresar en la web, presionar la opción [Autogestión afiliadas/os](#).
- 2) Seleccionar Credencial digital en el Portal de afiliados se redirigirá a "Mis gestiones".
- 3) Ingresar con el CUIL y la contraseña establecida cuando se hizo el registro.
- 4) Se puede visualizar la credencial digital con los siguientes datos: nombre y apellido, número de afiliada/o, DNI, CUIL, sexo -como figura en el DNI-, cese -si corresponde-, tipo de afiliación -si corresponde-, estado (activo/inactivo); TOKEN dinámico y un código QR.

15.3.2 EN APP

- 1) Luego de descargar la aplicación y haberse registrado de alguna de las dos maneras posibles. Se puede ingresar a la app con CUIL y contraseña.
- 2) Una vez dentro de la app tocar la opción "Credencial digital"
- 4) Se visualiza la credencial digital con los siguientes datos: nombre y apellido, número de afiliada/o, DNI, CUIL, sexo -como figura en el DNI-, cese -si corresponde-, tipo de afiliación -si corresponde-, estado (activo/inactivo); TOKEN dinámico y un código QR.
- 5) Se puede mostrar la pantalla del celular o tablet al/la prestador/a: desde la plataforma o hacer una captura de pantalla previamente.

15.4 TOKEN

El TOKEN es un código único e irrepetible que consta de seis posiciones numéricas que validan las prestaciones utilizadas. Actualmente la utilización del TOKEN es una práctica optativa, tanto para prestadoras/es como para afiliadas/os.

Si las/os prestadoras/es trabajan con herramientas de IOMA Digital, se puede certificar la prestación recibida (cuando se trate de un bono, cualquiera sea la categoría) compartir el TOKEN con la/el profesional correspondiente. De esta forma, el TOKEN reemplaza la firma de conformidad en una planilla en papel. El TOKEN puede utilizarse tanto para una consulta presencial como para una teleconsulta médica -a través de una videollamada-.

15.4.1 EN WEB

- 1) Ingresar en la web, presionar la opción [Autogestión afiliadas/os](#).
- 2) Hacer clic en TOKEN Preimpreso o TOKEN Dinámico en el Portal de afiliados se redirigirá a "Mis gestiones".
- 3) Ingresar con el CUIL y la contraseña establecida cuando se hizo el registro.
- 4) Si se eligió **TOKEN dinámico**, seleccionar "Código dinámico de seguridad TOKEN" en la pantalla se verá un código QR (o de barras, si se hace clic en la flecha de la derecha), los 6 dígitos del TOKEN, una línea que indica el tiempo restante para renovar el TOKEN y los medios para compartirlo con el prestador (Imprimir, enviar por mail o copiar en el portapapeles). En el caso de seleccionar imprimir, se descarga y guarda en formato .PDF.
- 5) Si se eligió **TOKEN preimpreso**, se debe presionar sobre la opción "**+ generar**". Automáticamente el sistema crea las 3 claves TOKEN correspondientes al período mensual en curso, cada una válida para un solo uso. Para descargar e imprimir los TOKEN preimpreso se debe dar clic al logo de la impresora.

15.4.2 EN APP

En el caso de solicitar el TOKEN por medio de la app, se deben seguir los pasos para obtener la credencial digital. De esta manera junto con la credencial aparece el TOKEN. Se puede mostrar desde la pantalla del celular/tablet o hacer previamente una captura de pantalla.

15.5 RECETA ELECTRÓNICA

- 1) Ingresar en la web, presionar la opción [Autogestión afiliadas/os](#).
- 2) Hacer clic en Receta electrónica.
- 3) Ingresar con el CUIL y la contraseña establecida cuando se hizo el registro.
- 4) Una vez que se ingresó a Mis gestiones, se puede visualizar la información de todas las recetas electrónicas de la persona afiliada (previamente generadas) al hacer clic en el grafico del ojo a la izquierda.
- 5) Al momento de ingresar a la visualización de alguna de las recetas, se puede acceder a los datos de la misma y descargar la receta en formato PDF desde la parte inferior del panel.

15.6 TURNOS ONLINE

- 1) Ingresar al sitio web de IOMA-Autogestión de afiliados
- 2) Hacer clic en turnos, luego ingresar a Mis gestiones con el CUIL y la clave previamente generada.
- 3) En la Web de IOMA se mostraran los turnos previamente adquiridos (en caso de haber alguno), y al hacer clic en el "+" se podrán solicitar nuevos turnos. Ahí se permitirá elegir el tipo de turno.
 - 3a) Si el turno requerido es en alguna de las delegaciones localizadas en la provincia de Buenos Aires (trámite administrativo), se tiene que seleccionar el motivo, el partido correspondiente a la Delegación a concurrir, la fecha y horario, dentro de los disponibles. Para poder terminar de generar la reserva, se debe apretar el botón "reservar".
 - 3b) Si el turno requerido es para una atención médica en los establecimientos propios de IOMA, se tendrá que poner la especialidad correspondiente a la o el profesional a consultar, el punto de atención (se agregan otros, acorde se sumen nuevos postulantes a la iniciativa) y, por último, seleccionar fecha y ho-

rario. Para poder terminar de generar la reserva se debe hacer clic en “reservar”.

15.7 OLVIDO DE CONTRASEÑA

Similar a la gestión de registro, en caso de haber olvidado o extraviado la contraseña correspondiente al usuario de “Mis gestiones”, se podrá cargar el correo electrónico del usuario registrado. La plataforma enviará un email con un enlace, el cual permitirá restablecer la contraseña del usuario en cuestión.

15.8 TRÁMITE S DIGITALES

Para iniciar un trámite digital existen dos canales posibles: la App de IOMA Digital y el sitio Web de IOMA. Para acceder a cualquiera de ellos es necesario contar con tu usuario (número de CUIL) y contraseña.

En el caso de no contar con las herramientas de conectividad se puede recurrir a los Puntos de Acceso Digitales (PAD) donde se brinda la atención necesaria.

Por el momento se puede solicitar dos tipos de trámites digitales: Medicamentos y Trámites de Excepción de Prácticas médicas. Por otra parte, los trámites de reintegro y de amparos aun NO PUEDEN ser realizados de manera digital.

Todas las personas afiliadas a IOMA pueden registrarse en la App IOMA Digital y/o en el sitio Web de IOMA y acceder a las herramientas digitales del Instituto, tales como su propia credencial, consultar vademécum, cartilla de prestaciones, etc.

Sin embargo, sólo las/os afiliadas/os titulares pueden iniciar un trámite digital. Desde el usuario de la persona afiliada titular es posible gestionar los trámites de todo el grupo familiar.

Las/os agentes de IOMA responderán al inicio del trámite en días y horarios laborales.

15.8.1 Iniciar un trámite digital desde la App

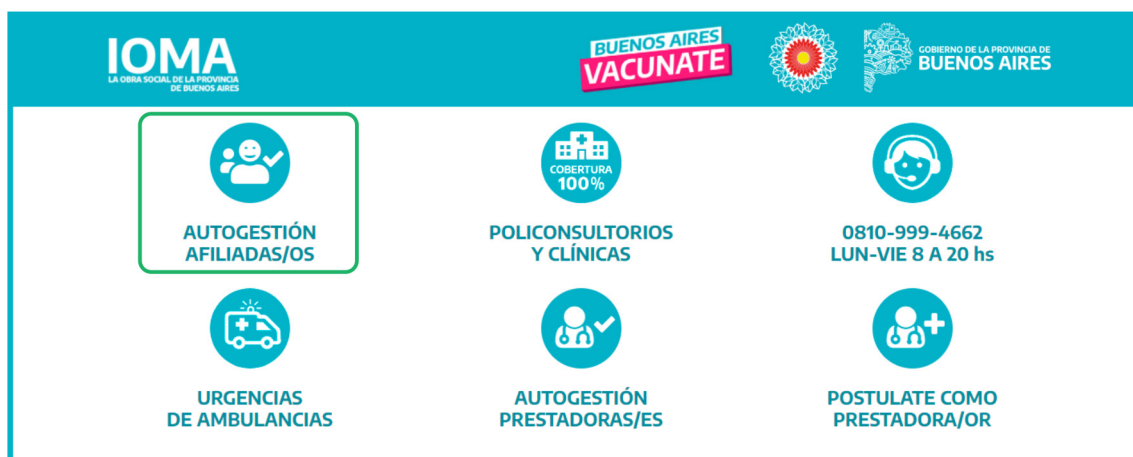
Desde un teléfono móvil se puede descargar e ingresar a la App de IOMA Digital. Una vez allí, se despliega un menú con varias opciones tales como: Iniciar trámite, Notificaciones, Mis trámites, Mis prestaciones, Credencial digital, Programas de Salud, Vademécum, Contactar a IOMA, Servicio de emergencias.

The screenshot displays the IOMA Digital App interface across three panels. The first panel, titled 'IOMA - Menú Principal', shows a list of options: 'Iniciar Trámite' (highlighted with a green box and a circled '1'), 'Notificaciones', 'Mis Trámites', 'Mis Prestaciones', and 'Credencial Digital'. The second panel, titled 'Iniciar Gestión', shows 'Mis Gestiones' and 'Medicamentos' (highlighted with a green box and a circled '2'), and 'Prácticas Médicas'. The third panel, titled 'Medicamentos', shows a dropdown for 'NOMBRE DE AFILIADA/O' (highlighted with a green box and a circled '3'), a 'Receta' button (highlighted with a green box and a circled '4'), and a section for 'Teléfono Móvil' with two input fields (highlighted with a green box and a circled '5'). Below the 'Receta' button are four buttons: 'Historia Clínica con firma de médico', 'Estudio que respalde el diagnóstico', 'Estudio complementario 1 (opcional)', and 'Estudio complementario 2 (opcional)'.

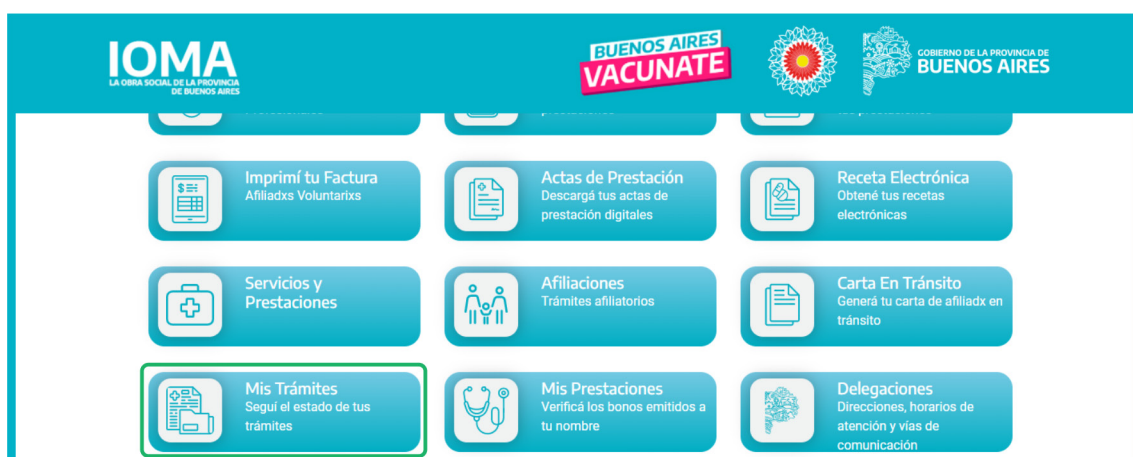
- 1) Seleccionar iniciar trámite
- 2) Elegir depende si el Trámite es de Medicamentos o Prácticas Médicas
- 3) Se debe seleccionar el/la afiliado/a del grupo familiar por quien se inicia el trámite.
- 4) Cargar los requisitos necesarios para iniciar el trámite.
 Receta -si se trata de un Trámite de Medicamentos
 Orden médica -si se trata de un trámite de Prácticas Médicas
 Historia clínica y estudios.
- 5) Por último se completan teléfonos de contacto, además se cuenta con un espacio para información adicional sobre el trámite, de manera optativa. Seleccionar "Enviar" y la plataforma devuelve un cartel de confirmación.

15.8.2 Iniciar un trámite digital desde la web

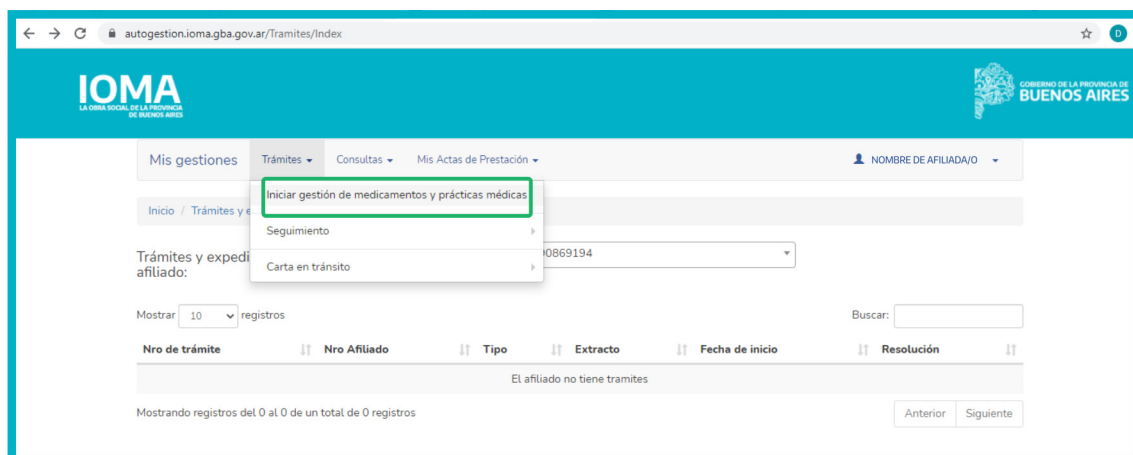
Se puede iniciar la gestión de un trámite digital mediante el [sitio web de IOMA](#).



Una vez en el sitio web, ingresar a la opción "Autogestión afiliadas/os"



Se abre un menú con opciones, en la parte inferior de la página seleccionar "Mis trámites". Se solicita ingresar a "Mis gestiones" con CUIL y contraseña.



En la pestaña "Trámites" seleccionar la opción "Iniciar gestión de ..." la cual se redirige al siguiente paso.

En el recuadro celeste se brinda información para completar correctamente el formulario de inicio de trámite.

Seleccionar tipo de prestación (medicamentos o prácticas médicas), luego a que afiliada/o corresponde el trámite.

Adjuntar los requisitos necesarios (orden médica o receta, historia clínica y estudios complementarios), se buscan desde el equipo y una vez cargados seleccionar la opción subir. Finalmente dar clic en la opción "Iniciar gestión", y se brindara un **número de gestión**.

Iniciar Gestión de medicamentos y prácticas médicas

Información!

- Los formatos de archivos válidos para subir son PDF, JPG, PNG y JPEG
- Los campos con (*) son obligatorios.
- El tamaño máximo permitido para subir un archivo es de 10 Mb.
- Se requiere al menos un teléfono de contacto completo (Código de Área + Teléfono).

Prestación (*)

SELECCIONAR

Afiliado (*)

SELECCIONAR

Orden médica o receta (*)

Historia Clínica (*)

Información! En los estudios complementarios está permitido subir hasta 3 documentos máximo

Estudios Complementarios (*)

Documento	Acciones
<p>Escribe un comentario adicional (0/1500 caracteres)</p> <div></div>	
<p>Teléfono</p>	
<p>Código Área Móvil</p> <div> <input type="text"/> <input type="button" value="No incluir el 0"/> </div>	<p>Teléfono Móvil</p> <div> <input type="text"/> <input type="button" value="No incluir el 15"/> </div>
<p>Código Área Fijo</p> <div> <input type="text"/> <input type="button" value="No incluir el 0"/> </div>	<p>Teléfono Fijo</p> <div> <input type="text"/> <input type="button" value="No incluir el 0"/> </div>

Por cada campo se puede subir o cargar un sólo archivo (Receta, Historia Clínica, Estudios Complementarios). En caso de tener múltiples archivos para adjuntar a un mismo campo (por ejemplo, más de un estudio complementario para el sitio Web, o más de tres para la App), se sugiere incluirlos a todos en un sólo archivo de PDF. Esto es posible con plataformas como:

www.ilovepdf.com

15.8.3 Puntos de Acceso Digitales (PAD)

Los PAD son espacios físicos ubicados en los organismos que nuclea a las/os afiliadas/os de IOMA, cuentan con la presencia de agentes calificados dispuestos a ayudar y asistir en la realización de trámites digitales.

El personal de los PAD no tiene acceso a datos afiliatorios, usuarios ni contraseñas, es información personal y privada. Cada PAD brinda acceso a un dispositivo electrónico conectado a Internet y asesoramiento sobre las plataformas digitales para la gestión de trámites.

El único requisito para acceder a los PAD es ser afiliada/o al IOMA. Se puede solicitar ayuda en todos los PAD, aun cuando no exista vinculación o pertenencia institucional con el organismo donde se ancla.

15.9 SEGUIMIENTO DE TRÁMITES

Para conocer si un trámite fue autorizado, desestimado y/o si se debe enviar más datos o documentación, se puede consultar desde cualquier herramienta digital de IOMA.

Desde la Aplicación IOMA Digital, se puede activar para recibir notificaciones(al momento de la descarga) a modo de mensajes o se ingresa a una de estas opciones: "Mis trámites/Mis gestiones" o "Notificaciones".

A través del sitio Web de IOMA, entrar en "Autogestión afiliadas/ os", una vez allí hacer clic en "Mis Trámites", luego en la opción "Trámites"/"Seguimiento"/ Trámites y Expedientes".

16. GESTOR DE TRÁMITES DIGITALES

DELEGACIÓN VIRTUAL

A partir de la implementación de IOMA Digital, cada una de las delegaciones tradicionales incorporan la posibilidad de operar como una Delegación Digital. Esto significa que la Delegación comienza a recibir trámites de forma digital.

En este sentido, es importante señalar que la recepción de trámites digitales actualmente convive con la recepción de trámites en papel, es decir presencial. Asimismo, las/os agentes de IOMA tienen un rol protagónico en la difusión de la posibilidad de realizar trámites digitales entre las/os afiliadas/os.

Cada Delegación Virtual cuenta con un **Visor de Trámites Digitales** que permite:

- Disponer de una bandeja de entrada de Trámites Digitales donde se visualizan solamente los trámites de su delegación;
- Validar la calidad de los documentos digitales;
- Ingresar el trámite en la plataforma informática que corresponda.

16.1 REGISTRO TRABAJADORAS/ES

Para ingresar al Visor de trámites digitales es necesario usuario y contraseña, que en caso de no poseerlo se debe solicitar mediante GDEBA a la Dirección de Sistemas de Información y Estadística.

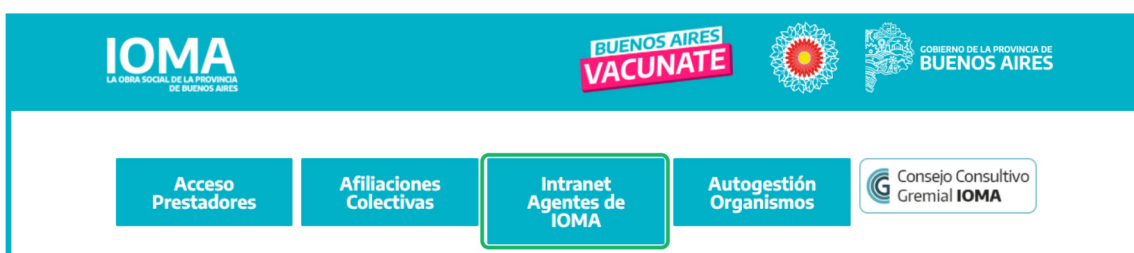
Para ello es preciso enviar una nota en donde se especifiquen los siguientes datos:

- Nombre y apellido completo de la/el agente de IOMA que requiere acceso a la plataforma;
- Número de legajo del empleado/a que accederá a la plataforma;
- Nombre de la plataforma a la cual solicita acceso (ej. Gestor de archivos, Sistema de Trámites de Medicamentos, etc.).

En caso de tener dudas o consultas respecto a la nota a presentar o plataformas a utilizar, consultar con la Dirección del área correspondiente.

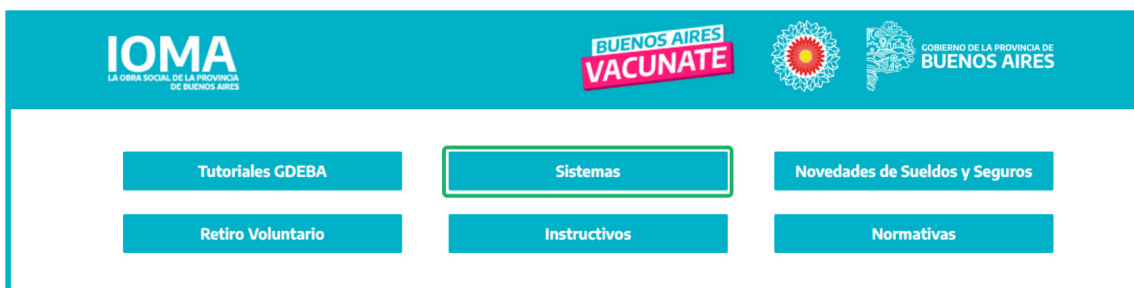
16.2 ACCESO AL VISOR DE TRÁMITES

Los agentes de IOMA pueden iniciar la gestión de archivos mediante el sitio [Web de IOMA](#). Una vez allí, dar clic al botón "Intranet Agentes de IOMA", disponible al final de la pantalla.



Para la gestión de archivos es necesario ingresar en la opción Sistemas, donde se ve un menú en orden alfabético. A continuación se detallaran los siguientes:

- "Visor de trámites digitales"
- "Sistema de medicamentos – accesorios y excepción"
- "Prácticas médicas por vía de excepción"



Al hacer clic en alguna de estas opciones, se abre el sistema el cual solicita usuario y contraseña para operar.

A) VISOR DE TRÁMITES DIGITALES

Dentro del sistema, se accede al Visor de trámites digitales.

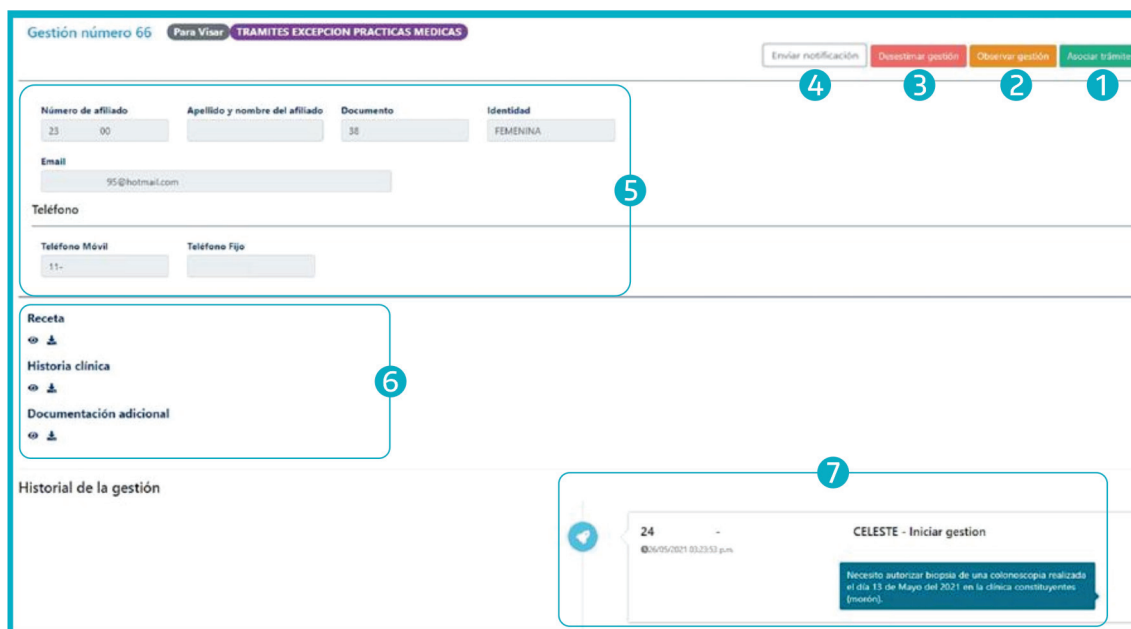
N° de gestión	Nombre y Apellido	Identidad	Documento	Partido	Localidad	Prestación	Iniciado	Último Movimiento	Ver
997	SOLEDAD	Femenina	34	LA PLATA	LA GRANJA	MEDICAMENTOS	10/06/2021 Hoy	10/06/2021 Hoy	👁
998	SOLEDAD	Femenina	34	LA PLATA	LA GRANJA	MEDICAMENTOS	10/06/2021 Hoy	10/06/2021 Hoy	👁
1021	SOLEDAD	Femenina	34	LA PLATA	LA GRANJA	MEDICAMENTOS	10/06/2021 Hoy	10/06/2021 Hoy	👁
1025	MARCELA	Femenina	20	LA PLATA	LA PLATA	MEDICAMENTOS	10/06/2021 Hoy	10/06/2021 Hoy	👁
1026	MARCELA	Femenina	20	LA PLATA	LA PLATA	MEDICAMENTOS	10/06/2021 Hoy	10/06/2021 Hoy	👁
1027	JOSE	Masculina	21	LA PLATA	LA PLATA	MEDICAMENTOS	10/06/2021 Hoy	10/06/2021 Hoy	👁
42	FEDERICO	Masculina	29	LA PLATA	LA PLATA	TRÁMITES EXCEPCION PRÁCTICAS MÉDICAS	26/05/2021 Hace 15 días	10/06/2021 Hoy	👁
1039	MELANIE	Femenina	38	LA PLATA	LA PLATA	MEDICAMENTOS	10/06/2021 Hoy	10/06/2021 Hoy	👁
1040	DEMIAN	Masculina	48	LA PLATA	LA PLATA	MEDICAMENTOS	10/06/2021 Hoy	10/06/2021 Hoy	👁

En este menú se encuentran las solapas donde se alojan las gestiones:

1. Hacer clic aquí para empezar la observación de los trámites que son para visar.
2. En ésta pestaña figuran las gestiones que fueron observadas para revisar por falta/falla en la carga de documentación o documentación incompleta.
3. En esta solapa se pueden encontrar los trámites que ya se encuentran asociados en el sistema correspondientes, como lo son el SOL y MEPPES entre

otros.

4. En este espacio se encuentran los trámites que hayan sido desestimados. Esto puede suceder cuando no corresponde al sistema, cuando son trámites repetidos, cuando el trámite es erróneo, etc.
5. En esta columna se pueden ver los trámites diferenciados por tipo de prestación.
6. Estas dos columnas marcan la fecha de inicio de la gestión y su último movimiento. Los colores reflejan el tiempo que llevan los trámites:
 - a. Verde: hasta 48 horas
 - b. Amarillo: entre 49 y 96 horas
 - c. Rojo: 97 horas o más
7. En este filtro se puede discriminar por tipo de prestación (Medicamentos o trámites de excepción)
8. También se puede buscar por nombre del afiliada/o, por número de Gestión, DNI y/o género (RARO)
9. Para visar una gestión, presionar en el icono del ojo.



Esta pantalla se abre para la revisión de la gestión. Aquí se pueden los documentos cargados por el afiliado. Hay que descargarlos, revisarlos, y, en el caso que estén todos

los datos correctos y la documentación completa, **Asociar (1)** esta gestión a un número de trámite por medio del sistema que corresponda. Es importante saber que los trámites se asocian en último lugar, una vez revisado y cargado en su respectivo sistema. De haber algún inconveniente como la falta de documentación, una aclaración o incluso las imágenes, si es que hay, son ilegibles, se debe **Observar (2)** cuál es el detalle, para quien haya realizado el trámite pueda corregirlo.

Cuando la consulta del afiliado no requiere ningún tipo de trámite y/o autorización, como por ejemplo: pastillas anticonceptivas, medicamentos de compra abierta, autorizaciones de prácticas que se realizan directamente con el prestador, solicitudes repetidas, etc.; es posible **Desestimar (3)**.

En todos los casos se puede **enviar una notificación a la/el Afiliada/o (4)** Se permite enviar comunicaciones en cualquier momento sin modificar la situación del trámite. Es posible utilizarlo para recordarle a la/el afiliada/o que debe guardar la receta y/o que debe traerla al momento de retirar la autorización para su respectivo sellado y firmado.

A continuación se encuentran los **datos (5)** afiliatorios y de contacto del/a afiliado/a. En la misma pestaña se encuentra la **documentación (6)** cargada por el/la afiliado/a, se tienen que descargar y revisar que sean correctos.

Una vez la gestión es asociada se le asigna un número de trámite que posibilita su seguimiento. Existe la posibilidad de seguir la **línea del tiempo (7)** del mismo, donde se observa los movimientos y comentarios del trámite.

B,C) SISTEMA DE MEDICAMENTOS Y PRÁCTICAS MÉDICAS POR VÍA DE EXCEPCIÓN

En ambos casos se debe ingresar desde la web de IOMA, al final de la página "Intranet agentes de IOMA"/ Sistemas, aparece el listado y se selecciona el que corresponde.

Al ingresar se encuentra el panel principal, este se pueden ver: **el listado (1)** de los trámites, al hacer clic aquí se desplegarán dos opciones que filtran por **a- "Trámites por accesorios"** y **b- "Trámites de excepción"**; **buscar un trámite (2)**, **buscar la droga o patología (3)** para ver si corresponde e **Iniciar una gestión (4)**.

Una vez seleccionada el listado correspondiente, se puede seleccionar el icono del lápiz para ver las **opciones de ese trámite (5)** o el icono del ojo para ver los estudios cargados por el/la afiliado/a.

Al ingresar a un trámite, si los documentos son correctos y legibles apretar el botón **"Enviar a visar" (1)**; si el trámite no cumple con los requisitos solicitados existe la posibilidad de **"Desestimar trámite" (2)**.

Luego de los datos del/la afiliado/a aparece el listado de archivos cargados, estos se deben ver con el icono del ojo o descargar, para verificar que sean correctos y legibles. En la esquina inferior derecha se encuentra una línea de tiempo donde se ven reflejados movimientos y comentarios de quienes intervengan en el trámite.

16.3 INSTANCIAS DE VISADO

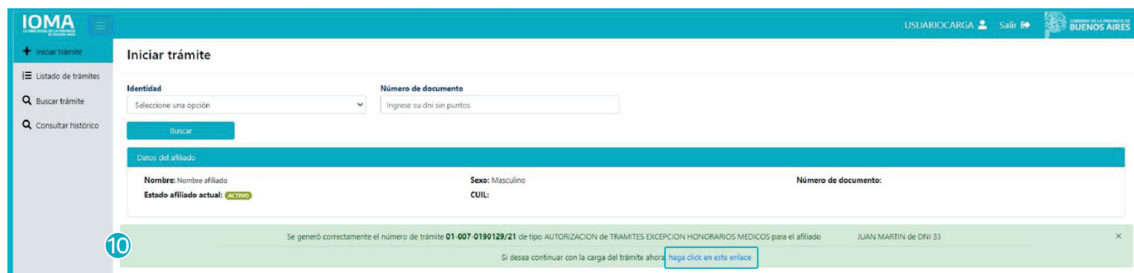
A lo largo de su circuito por el sistema los trámites pasan por diferentes instancias de visado para lograr su aprobación y efectivización. Para entrar a cualquier "Visión", sea de Carga, Visador, Mesa de entrada, Auditor, DAFMA y/o DGP, es necesario ingresar al sistema específico en la web de IOMA, con usuario y contraseña (Ver página 97).

16.3.1 VISIÓN DE CARGA

Al ingresar, sobre la izquierda se despliega una columna en la cual se puede ver (1) el **listado** de todos los trámites, **buscar** (2) un trámite, **Iniciar** (3) el trámite en caso de que la/el afiliada/o se haga presente en la delegación.

Para iniciar un trámite se debe seleccionar la **identidad** de la/el afiliada/o e ingresar su número de **DNI** (4). Hacer clic en el botón **buscar** (5) que dará por resultado los datos de la/el afiliada/o. Posteriormente, elegir qué tipo de **solicitud** (6), **prestación** (7) y **práctica** (8) se desea. Con todos los datos seleccionados, apretar el botón "**Generar trámite**" (9).

Posteriormente, en un recuadro verde, aparece la **confirmación del trámite iniciado** (10) y su número correspondiente. Para continuar la carga de documentos al trámite iniciado, hacer clic en el enlace.



Dentro del trámite iniciado, para cargar archivos y documentos correspondientes desde la computadora presionar el botón **Buscar** (1). Una vez cargado el archivo, se puede colocar una **descripción** (2) del mismo y presionar **Subir** (3) para hacer efectiva la carga y habilitar la de un nuevo archivo. Una vez que todos los documentos fueron cargados, hacer clic en **Enviar a visar** (4) para continuar el curso del trámite.



Inmediatamente después, aparece una notificación donde se puede **adjuntar un comentario** (1) para explicar de qué se trata. Al apretar **"Aceptar"** (2) se envía a visar y el trámite ya no es modificable.



16.3.2 VISIÓN DE VISADOR

Al ingresar al sistema (ver página 97), sobre la izquierda se despliega un panel en el cual se puede **buscar (1)** trámites, **consultar históricos (2)** y desplegar **el listado de trámites(3)**; al presionar este último botón se verá un listado de todos los trámites de la región.

The screenshot shows the IOMA VISADOR interface. On the left sidebar, there are three main options: 'Listado de trámites' (3), 'Buscar trámite' (1), and 'Consultar histórico' (2). The 'Listado de trámites' option is selected, displaying a table of processes. The table has columns: 'N° Trámite', 'Nombre y Apellido', 'Identidad', 'Documento', 'Estado', 'Fecha iniciado', 'Fecha último movimiento', and 'Prestación'. The table lists several processes, including '01-007-0190041/21' for JOAQUIN, '01-007-0190049/21' for CRISTIAN JESUS, '01-007-0190127/21' for JUAN MARTIN, '01-007-0190128/21' for JUAN MARTIN, and '01-602-0190011/21' for GONZALO ANDRES. Each row has a '+' icon (4) to expand the details and an eye icon (5) to view the documents. The 'Estado' column shows 'Para Visar' for all listed processes.

En la lista, al presionar el **ícono "+" (4)** se despliegan las opciones de ese trámite particular. Después de eso se puede hacer clic en el **ícono del ojo (5)** para ver los documentos cargados.

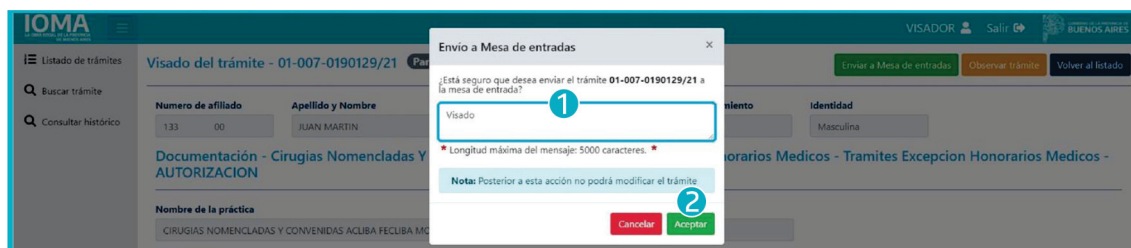
The screenshot shows the IOMA VISADOR interface with the details of a specific process (01-007-0190129/21) expanded. The top section shows the process number, name, document, birth date, and identity. Below this, there are sections for 'Documentación - Cirugías Nomencladas Y Convenidas Acliba Fecliba Moduladas Sin Honorarios Medicos - Trámites Excepcion Honorarios Medicos - AUTORIZACION', 'Nombre de la práctica', 'Monto total de cobertura aprobado', and 'Documentación'. The 'Documentación' section has a 'Buscar' button and a text input field. At the bottom, there is a table with columns 'Descripción' and 'Acciones'. The 'Descripción' column shows 'hc' and the 'Acciones' column shows a download icon (1) and an eye icon (2).

Una vez ingresado en el trámite, hay que **descargar y ver (1)** los documentos para verificar que sean los correctos y sean legibles.

Posteriormente se pueden tomar dos acciones:

Luego de revisar los documentos y que estos están bien, se pueden **Enviar a Mesa de Entrada (2)**.

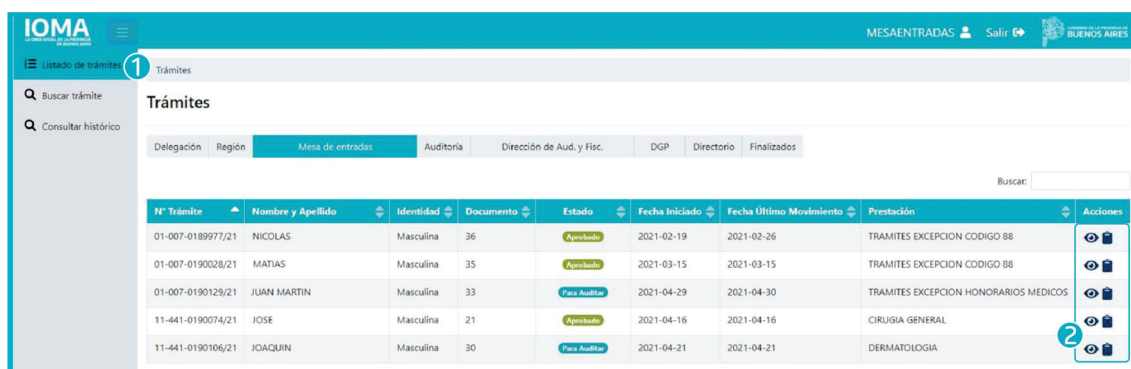
Si algún documento no es el correcto, o está ilegible, se devuelve para que sea corregido, en este caso hay que **Observar el trámite (3)**.



Al presionar "Enviar a mesa de Entrada" aparecerá en pantalla una notificación donde se puede **adjuntar información (1)** que detalle el trámite. Al apretar "**Aceptar**" (2) se envía mesa de entradas.

16.3.3 VISIÓN MESA DE ENTRADA

Al ingresar al sistema (ver página 97), se puede ver (1) **el listado** de todos los trámites en la región. Al presionar el **ícono de la tabla (2)** se despliegan las opciones del trámite seleccionado.



Una vez dentro del trámite, hay que **descargar y ver (3)** los documentos, verificar que sean correctos y estén legibles.

Si los documentos son correctos se pueden **enviar a auditar (4)**, por el contrario si hay algo incorrecto o ilegible, se manda a **observar el trámite (5)** para que pueda ser corregido.

Al presionar enviar a auditar (6) aparece en pantalla un recuadro donde se selecciona el sector (7) donde se debe auditar, además se pueden adjuntar un comentario (8) que detalle el trámite. Al apretar aceptar saldrá un cartel que confirma el envío correcto (9).

Cuando un trámite es observado o devuelto por auditoría, vuelve a mesa de entrada para ser corregido. En la solapa "Mesa de entrada" se podrán ver los trámites y su estado (1), aprobados, para auditar y los devueltos. En estos últimos, se debe proceder como se explicó anteriormente, corregir lo marcado por el auditor y mandar nuevamente a auditar. Se debe volver a seleccionar el sector al que se envía a auditar y una breve descripción (2) de lo corregido.

IOMA MESA ENTRADAS Salir

Trámites

Delegación Región **Mesa de entradas** Auditoría Dirección de Aud. y Fisc. DGP Directorio Finalizados

Buscar:

N° Trámite	Nombre y Apellido	Identidad	Documento	Estado	Fecha Iniciado	Fecha Último Movimiento	Prestación	Acciones
01-007-0189977/21	NICOLAS	Masculina	36	Aprobado	2021-02-19	2021-02-26	TRAMITES EXCEPCION CODIGO B8	
01-007-0190028/21	MATIAS	Masculina	35	Aprobado	2021-03-15	2021-03-15	TRAMITES EXCEPCION CODIGO B8	
01-007-0190129/21	JUAN MARTIN	Masculina	33	Para Auditar	2021-04-29	2021-04-30	TRAMITES EXCEPCION HONORARIOS MEDICOS	
11-441-0190074/21	JOSE	Masculina	21	Aprobado	2021-04-16	2021-04-16	CIRUGIA GENERAL	
11-441-0190106/21	JOAQUIN	Masculina	30	Para Auditar	2021-04-21	2021-04-21	DERMATOLOGIA	

IOMA MESA ENTRADAS Salir

Administración del trámite - 01-007-0190129

Numero de afiliado: 133 00 Apellido y Nombre: JUAN MARTIN

Documentación - Cirugías Nomencladas Y AUTORIZACION

Nombre de la práctica: CIRUGIAS NOMENCLADAS Y CONVENIDAS ACLIBA FECLIBA MC

Monto total de cobertura aprobado: \$ 0

Envío a auditoria

Elige la oficina de auditoria a la cual enviará el trámite 01-007-0190129/21

151212021 - SECTOR MEDICOS

Archivo corregido

* Longitud máxima del mensaje: 5000 caracteres.

Nota: Tenga en cuenta que el trámite puede ser enviado a una oficina donde ya se haya auditado.

Cancelar Aceptar

16.3.4 VISIÓN DEL AUDITOR

Al ingresar al sistema (ver página 97), sobre el costado izquierdo, luego de presionar el botón **“trámites para auditar”** (1) se despliega un menú con el listado de los trámites del sector al cual pertenece el visor. Al presionar el **ícono del martillo** (2) se despliegan las opciones de ese trámite.

IOMA MEDICO Salir

Trámites para auditar

SECTOR MEDICOS

Buscar:

N° Trámite	Nombre y Apellido	Identidad	Documento	Estado	Fecha Iniciado	Fecha Último Movimiento	Prestación	Acciones
01-007-0190129/21	JUAN MARTIN	Masculina	33	Para Auditar	2021-04-29	2021-04-30	TRAMITES EXCEPCION HONORARIOS MEDICOS	

Una vez dentro del trámite, hay que **descargar y ver** (3) los documentos, verificar que sean correctos y estén legibles.

Si los documentos son correctos se pueden **aprobar cobertura** (4), si hay algo incorrecto o ilegible, se manda a **observar el trámite** (5) para que pueda ser corregido; se puede enviar de nuevo a mesa de entrada al hacer clic en **devolver el trámite** (6). Por el contrario, si no corresponde lo auditado se puede **rechazar cobertura** (7).

Auditoría del trámite - 01-007-0190129/21 Para Auditar

Numero de afiliado: 133 00 Apellido y Nombre: JUAN MARTIN Documento: 33 Fecha Nacimiento: 30/01/19 Identidad: Masculina

Documentación - Cirugías Nomencladas Y Convenidas ACLIBA FECLIBA Moduladas Sin Honorarios Medicos - Trámites Excepcion Honorarios Medicos - AUTORIZACION

Nombre de la práctica: CIRUGIAS NOMENCLADAS Y CONVENIDAS ACLIBA FECLIBA MODULADAS SIN HONORARIOS MEDICOS

Monto total de cobertura aprobado: \$ 0

Documentación: Seleccionar archivo [Buscar] Ingrese una descripción [Subir]

Descripción	Acciones
hc	[Ocultar] [Mostrar] [Descargar]
asas	[Ocultar] [Mostrar] [Descargar]
qwqjasa	[Ocultar] [Mostrar] [Descargar]

Al presionar “devolver trámite” aparecerá un cartel donde se debe **adjuntar un comentario (8)** que detalle por qué se devuelve.

Devolver trámite

Por favor detalle el motivo por el cual el trámite es devuelto a Mesa de entradas

Faltan archivos

* Longitud máxima del mensaje: 5000 caracteres. *

[Cancelar] [Aceptar]

Al presionar “aprobar cobertura”, aparece el recuadro de conformación y se completa con el monto de cobertura aprobado y una **descripción del trámite (9)**. Dar clic en aceptar y continua su curso según corresponda depende el trámite y el monto.

Aprobar cobertura

Ingrese el monto de cobertura del trámite 11-441-0190106/21 para este sector

345.666,00

* Por favor ingrese una descripción *

* Longitud máxima del mensaje: 5000 caracteres. *

[Cancelar] [Aceptar]

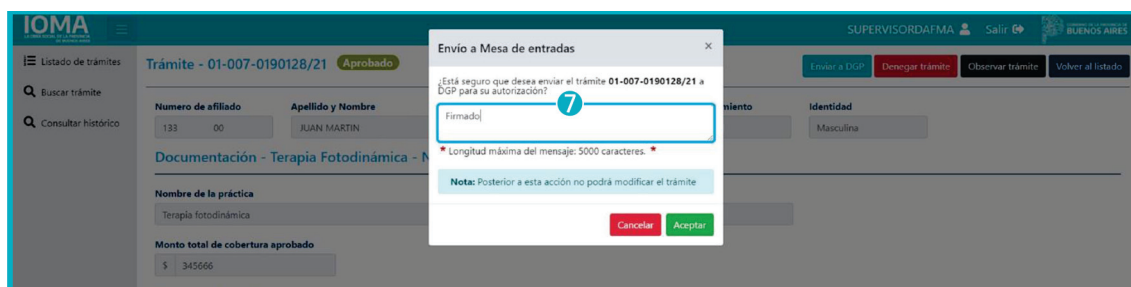
16.3.5 VISIÓN DAFMA

Una vez ingresado dentro del visor, se puede consultar el **listado de trámites (1)**. Al hacer clic en el **ícono de la tabla (2)** se despliegan las opciones del trámite seleccionado.

Una vez dentro del trámite, hay que **descargar y ver (3)** los documentos, verificar que sean correctos y estén legibles.

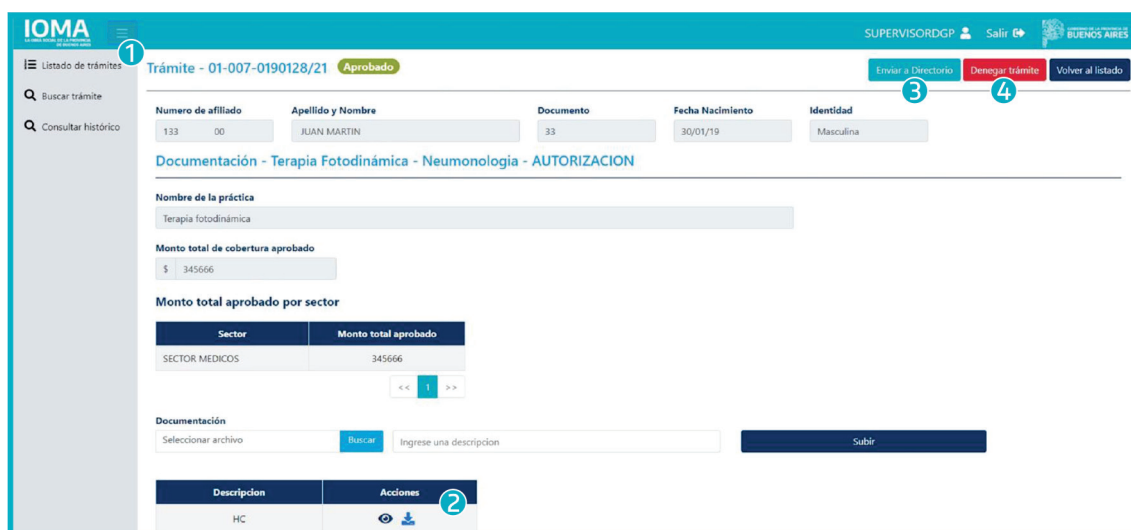
Si los documentos son correctos se pueden **enviar a DGP (4)** de ser necesario por superar los montos establecidos. De haber algo incorrecto o ilegible, se manda a **observar el trámite (5)** para que pueda ser corregido; por el contrario, si no corresponde lo auditado se puede **denegar trámite (6)**.

Al presionar "enviar a DGP" se completa el recuadro que pide una **firma (7)** de quien lo envía.



16.3.6 VISIÓN DGP

Una vez ingresado dentro del visor, se puede consultar el **listado de trámites (1)**. Y desplegar la información del trámite seleccionado. Una vez dentro del trámite, hay que ver los archivos cargados y la información de lo autorizado **(2) para verificar**. Si los documentos son correctos y se pueden **enviar a directorio (3)**; si no corresponde lo auditado se puede **denegar trámite (4)**.



Si se envía a directorio aparece un recuadro en el cual se adjunta una **breve descripción del trámite (5)**. Y se da clic en aceptar para que siga su curso.



16.4 SÍNTESIS SEGÚN SISTEMA CORRESPONDIENTE AL TRÁMITE

Fuente: Región 1 - Bahía Blanca

16.4.1 ACCESORIOS Y ONCOLÓGICO (EX API)

ACCESORIOS y ONCOLÓGICO (EX-API)

- Descargar las imágenes del **VISOR DE TRÁMITES DIGITALES**.
- Ingresar al **SISTEMA DE MEDICAMENTOS - ACCESORIOS Y EXCEPCIÓN**.
- Iniciar trámite.
 - Sexo y DNI del afiliado.
 - Cargar las recetas.
 - Adjuntar las imágenes de historia clínica, receta, estudios complementarios y certificado de discapacidad (si posee).
 - Enviar a auditar → en observación aclarar el **Nº de gestión**.
- Asociar trámite en el **VISOR DE TRÁMITES DIGITALES** y adjuntar el número de expediente generado por el sistema de accesorios y excepción.

16.4.2 AMBULATORIOS A LA PLATA Y COMPRAS

En este sistema el trámite va directamente al DTC 151210120. No enviar a Mesa de entrada.

AMBULATORIOS A LA PLATA y COMPRAS (NO API)

- Ingresar al **SOL**.
- Alta receta. → asignar número de trámite.
 - Sexo y DNI del afiliado.
 - Número de receta y diagnóstico.
 - Fecha de receta y apartado 0 (cero).
 - Drogas.
 - Matrícula de médico.
 - Pendiente.
- Modificación.
 - En extrato aclarar: **“Trámite asociado a la gestión Nº xxxx del nuevo sistema de Gestión de los Afiliados”** + toda aquella información que sea relevante para el trámite.
 - F8 → dar salida al **DTC 151210120**.
 - F10 + 3 enters.
- Asociar trámite en el **VISOR DE TRÁMITES DIGITALES** y adjuntar el número de expediente generado.

Al momento de enviar la notificación, recordar a la persona afiliada que debe guardar la receta y traerla al momento de retirar la Autorización. Las/os agentes de IOMA deben recordar que la Autorización va sellada y firmada por la/el médica/o auditor.

16.4.3 MEPPES

En este sistema los trámites no llevan auditoría del/la médico/a de la Región. Se carga y lo ve el/la profesional auditor/a de La Plata directamente desde el Visor de trámites, por eso es de suma importancia que las imágenes sean legibles.

MEPPES

- Ingresar en **PLAN MEPPES ON-LINE**.
- Solicitar autorización. → asignar número de trámite.
 - Número de receta.
 - Sexo y DNI del afiliado.
 - Peso y talla (si así lo requiere).
 - Apellido, nombre y matrícula de médico prescriptor.
 - Diagnóstico.
 - Drogas con dosis/día y duración en días.
 - En historia clínica aclarar: **"Trámite asociado a la gestión N° xxxx del nuevo sistema de Gestión de los Afiliados"**.
 - Enviar.
- Asociar trámite en el **VISOR DE TRÁMITES DIGITALES** y adjuntar el número de expediente generado.

16.4.4 PRÁCTICAS MÉDICAS POR EXCEPCIÓN

PRÁCTICAS MÉDICAS POR EXCEPCIÓN

- Descargar las imágenes del **VISOR DE TRÁMITES DIGITALES**.
- Ingresar a **PRÁCTICAS MÉDICAS POR VÍA EXCEPCIÓN**.
- Iniciar trámite.
 - Sexo y DNI del afiliado.
 - Adjuntar las imágenes de historia clínica, receta, estudios complementarios, certificado de discapacidad (si posee), etc.
 - Enviar a auditar → en observación aclarar el **N° de gestión**.
- Asociar trámite en el **VISOR DE TRÁMITES DIGITALES** y adjuntar el número de expediente generado por el sistema de prácticas médicas por vía de excepción.

16.4.5 LISTADO DE POSIBLES GESTIONES DIGITALES

TRÁMITES DE EXCEPCIÓN FERTILIZACIÓN ASISTIDA

- COLUMNAS DE ANEXINA
- CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS
- CRIOPRESERVACIÓN DE SEMEN
- FERTILIZACIÓN ASISTIDA ALTA COMPLEJIDAD
- FERTILIZACIÓN ASISTIDA BAJA COMPLEJIDAD
- FERTILIZACIÓN ASISTIDA POR OVODONACIÓN
- TESE
- TEST DE TUNEL/PICSI
- MANTENIMIENTO DE SEMEN
- MEDICACIÓN EXTRA
- MÉTODO ROPA

TRÁMITES EXCEPCIÓN DIÁLISIS

- AUTORIZACIÓN DIÁLISIS NO CONVENIDA
- DIÁLISIS AGUDA EN AMBULATORIO
- DIÁLISIS EN OTRA PROVINCIA O CENTRO NO PRESTADOR
- SUPLEMENTO DIETARIO EN GOTAS - CETOANÁLOGOS

TRÁMITES EXCEPCIÓN CÓDIGO 88

- ANGIOTAC FUNDACIÓN FAVALORO
- CLIPS MAMOTONE
- ECOSTRES CON OPTIMIZACIÓN
- ELASTOGRAFÍA FIBROSCAN
- ENTERO RMN
- ENTERO TAC
- ESTUDIOS MEDICINA NUCLEAR CON MARCADORES ESPECIALES (INDIO, GALIO)
- HISTEROSALPINGOGRAFÍA VIRTUAL
- PET COLINA
- PET CON GALIO
- PRÁCTICAS ALTA COMPLEJIDAD NOMENCLADAS EN CENTROS NO PRESTADORES
- RMN CARDIO FUNDACIÓN-N FAVALORO
- T.N/ SCAN FETALS

TRÁMITES EXCEPCIÓN ESTUDIOS BIOQUÍMICO

- DETERMINACIÓN BRCA 1 Y 2 (LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA)
- MICROARRAYS CGH
- PERFILES NEUROMETABÓLICOS
- PRESENCIA Y ESPECIFICIDAD DE ANTICUERPOS ANTI CLASE (TX RENAL)

TRÁMITES EXCEPCIÓN FONOAUDIOLÓGÍA

- ESTUDIOS AUDITIVOS (OEA, PEA, AUDIOMETRÍA, LOGOaudiometría, ETC)
- TRATAMIENTOS FONOAUDIOLÓGICOS

TRÁMITES DE EXCEPCIÓN ODONTOLÓGÍA

- CARILLA CERÁMICA
- COMPOSTURA
- CORONA ACRÍLICA
- CORONA METÁLICA
- CORONA METALOCERÁMICA
- CORONA VEENER
- ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO
- INCRUSTACIÓN
- MANTENEDOR DE ESPACIO (GASTO DE LABORATORIO)
- ORTODONCIA MODULO A (DENTICIÓN PERMANENTE)
- ORTODONCIA MODULO B (DENTICIÓN MIXTA)
- ORTODONCIA MODULO C (DISYUNCIÓN)
- ORTODONCIA MODULO D (MAL POSICIÓN DENTARIA SIMPLE)
- PERNO MUÑÓN
- PLACA NEURO-MIO-RELAJANTE
- PRÓTESIS COMPLETA SUPERIOR O INFERIOR
- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DE ACRÍLICO SUPERIOR O INFERIOR
- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DE CROMO COBALTO SUP E INF
- REBASADO DE PRÓTESIS
- TRATAMIENTO ATM (ART TEMPORO MAND LUXACIÓN X LADO)
- TRATAMIENTO ATM (ART TEMPORO MAND SUBLUXACIÓN X LADO)
- TRATAMIENTO PERIODONTAL POR SECTOR (POR SECTOR)

TRÁMITES EXCEPCIÓN HONORARIOS MÉDICOS

- CIRUGÍA REPARADORA DE TEJIDOS (DERMOLIPECTOMÍA)
- CIRUGÍAS NO NOMENCLADAS NI CONVENIDAS
- CIRUGÍAS NOMENCLADAS Y CONVENIDAS ACLIBA FECLIBA MODULADAS SIN HONORARIOS MÉDICOS

TRÁMITES EXCEPCIÓN KINESIOLOGÍA

- PRÁCTICAS KINESIOLÓGICAS NO CONVENIDAS
- SESIONES FUERA DE MÓDULO

TRÁMITES EXCEPCIÓN NUTRICIÓN

- CONSULTAS MÉDICO-NUTRICIONALES DE SEGUIMIENTO
- MÓDULOS TRIMESTRALES (CORMILLOT)
- MÓDULOS TRIMESTRALES (OTROS PRESTADORES)

TRÁMITES EXCEPCIÓN ORL

- CALIBRACIÓN IMPLANTE COCLEAR
- ENCENDIDO IMPLANTE COCLEAR

TRÁMITES EXCEPCIÓN PRÁCTICAS BIOQUÍMICAS

- CARIOTIPO EN BANDAS
- ESTUDIOS GENÉTICOS (PRESUPUESTADO POR BIOQUÍMICO)
- ESTUDIOS TROMBOFILIA (PRESUPUESTADO POR BIOQUÍMICO)
- FUNDACIÓN DE HEMOFILIA (PRÁCTICAS DE LABORATORIO)

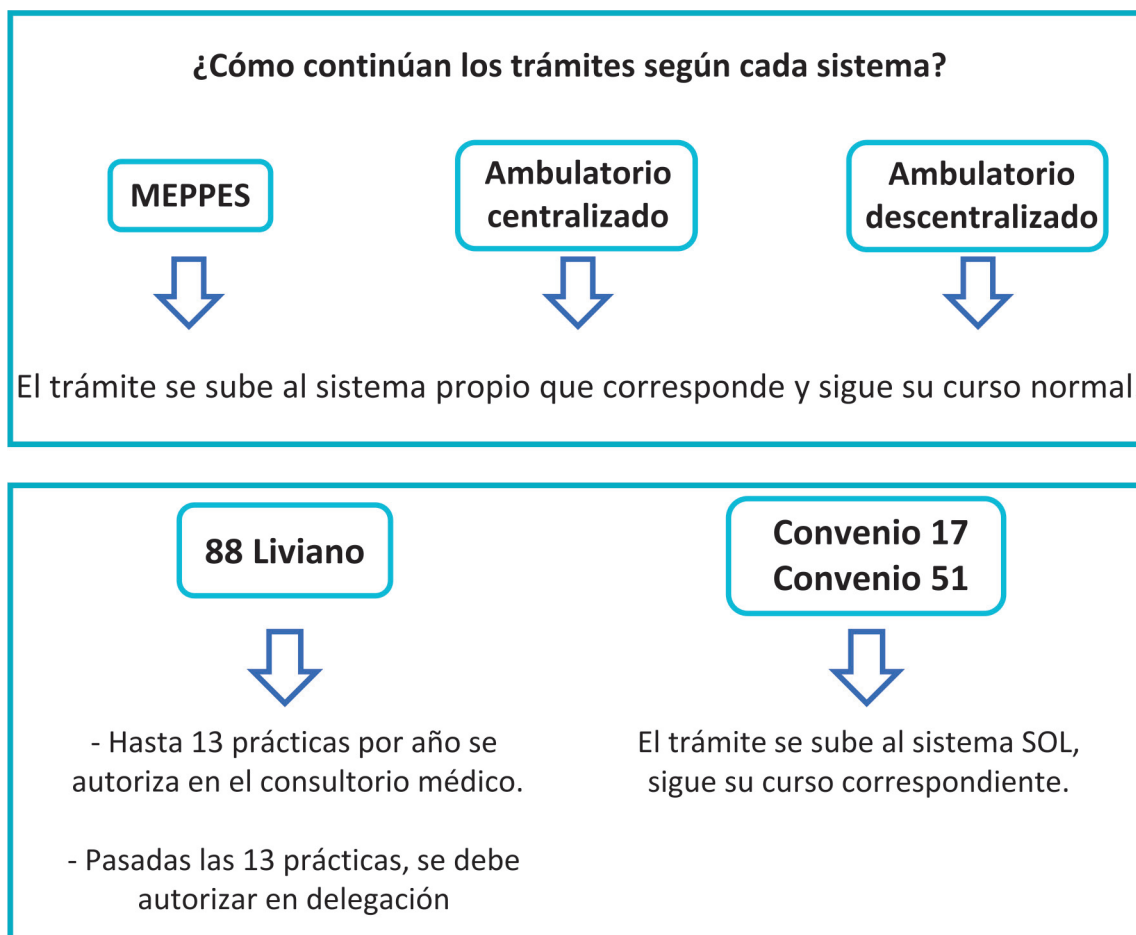
TRÁMITES EXCEPCIÓN PRÁCTICAS MÉDICAS

- BIOMARCADORES EN LCR Y PANEL NEURODEGENERATIVO
- BIOPSIA DE MÚDULA ÓSEA (EN CENTRO NO PRESTADOR O FUNDACIÓN FAVALORO)
- DERMATOSCOPIA ÓPTICA
- EECG DE SUEÑO PROLONGADO
- EMG EN QUIRÓFANO
- ESTUDIO PERMEABILIDAD TUBARIA (VALOR DE REFERENCIA CONVENIO HIBA)
- ESTUDIOS GENÉTICOS
- ESTUDIOS TROMBOFILIA
- EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA (VALOR DE REFERENCIA CONV FF)
- FOTOFÉRESIS EXTRACORPÓREA
- FOTOTERAPIA (UVB UVA PUVA)
- FUNDACIÓN DE HEMOFILIA (PRÁCTICAS VARIAS: CONSULTAS, APLICACIÓN DE FACTOR)
- HER 2 NEU KI67
- HER 2 NEU POR FISH
- IMPEDANCIOMETRÍA ADULTOS
- IMPULSO CEFÁLICO VIDEO ASISTIDO -V-HIT
- INMUNOFLUORESCENCIA ESTUDIO SERIADO (VALOR DE REFERENCIA CONV)
- INMUNOHISTOQUÍMICA
- MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN
- MANOMETRÍA ESOFÁGICA CON VEDA
- NEUROANATOMÍA PATOLÓGICA POR DIFERIDO Y CONGELACIÓN
- PH IMPEDANCIOMETRÍA ADULTO
- PHMETRÍA PEDIÁTRICA
- POLISOMNOGRAFÍA NOCTURNA C/OXIMETRÍA DE PULSO (CON PROTOCOLO
- EPILEPSIA) SIN
- PRESTADOR EN REGIÓN
- POTENCIALES EVOCADOS EN QUIRÓFANO
- PRÁCTICA PBR (BIOPSIA RENAL)
- RECEPTORES HORMONALES
- TEST DE AIRE ESPIRADO (SIN PRESTADOR EN REGIÓN)
- TOPICACIÓN HPV C/AC.TRICLOROACÉTICO 90%
- VIDEODERMATOSCOPIA DIGITAL CORPORAL TOTAL
- VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA (VALOR DE REFERENCIA CONV FF)
- VIDEOESTRABOSCOPIA LARINGEA
- VIDEOFIBROSCOPIA-ENDOSCOPIA RESPIRATORIA PEDIÁTRICA

TRÁMITES DE EXCEPCIÓN OFTALMOLOGÍA

- CIRUGÍAS NO NOMENCLADAS NI CONVENIDAS
- CIRUGÍAS NOMENCLADAS Y CONVENIDAS
- MEDICACIÓN

16.4.6 ¿CÓMO CONTINÚAN LOS TRÁMITES SEGÚN CADA SISTEMA?



17. PRESTADORES

17.1 REGISTRO

- 1) Ingresar al portal de [IOMA Prestadores](#)
- 2) Hacer clic en "Registro de Prescripciones de medicamentos" luego en "Registrate".
- 3) Para dar el alta de usuario se debe completar un registro con los datos personales requeridos.
- 4) La plataforma envía un correo electrónico con un enlace a la casilla establecida, para validar la identidad.

17.2 VALIDADOR TOKEN

- 1) Ingresar al portal de [IOMA Prestadores](#)
- 2) Hacer clic en el botón "Ingresar" para acceder al usuario del prestador previamente creado.
- 3) Una vez ingresados los datos se visualiza el menú principal del perfil Prestadores de la plataforma digital. En el extremo izquierdo se ve una barra con herramientas disponibles, se debe seleccionar la opción "Validador TOKEN".
- 4) El sistema permite la carga manual de los datos de la persona afiliada y de la clave TOKEN provista previamente para poder validar la prestación solicitada, establecer una fecha de inicio/fin y generar una constancia de claves TOKEN validadas.

17.3 RECETA ELECTRÓNICA

- 1) Ingresar al portal de [IOMA Prestadores](#)
- 2) Hacer clic en el botón "Ingresar" para acceder al usuario del prestador previamente creado.
- 3) Una vez ingresados los datos se visualiza el menú principal del perfil Prestadores de la plataforma digital. En el extremo izquierdo se ve una barra con herramientas disponibles, se debe seleccionar la opción "Receta electrónica".
- 4) Se puede elegir entre visualizar el "Listado" de recetas generada previamente o generar una "Nueva Receta"
 - 4.a) En caso de seleccionar la opción "Listado" se accede a la totalidad de las recetas generadas por el usuario. La herramienta cuenta con la posibilidad de filtrar por receta y acceder a la visualización o anulación de la misma. Al momento de ingresar a la visualización de algunas de las recetas se podrá acceder a los datos de la misma
 - 4.b) En caso de seleccionar la opción "Nueva Receta" se cargan los datos correspondientes a la receta y de la persona afiliada.
 En el caso de que no haya ningún inconveniente se cargan los datos del/la profesional prescriptor/a: nombre, apellido, profesión, especialidad, matrícula nacional/provincial y provincia emisora. En caso contrario, el sistema arroja una alerta que notifica el motivo e imposibilita continuar el procedimiento de carga.
- 5) Una vez culminados estos pasos se da la posibilidad al prestador de compartir la receta con la persona afiliada mediante un correo electrónico.

17.4 OLVIDO DE CONTRASEÑA

En caso de no recordar la contraseña correspondiente al usuario de prestador, al intentar ingresar se encuentra la opción "Recuperar contraseña", donde se puede cargar el correo electrónico del usuario registrado. La plataforma envía un correo con un enlace que permite restablecer la contraseña en cuestión.





CENTROS DE ATENCIÓN EXCLUSIVA





18.1 POLICONSULTORIOS

Los Policonsultorios son centros de **atención exclusiva** y primaria que surgen como una iniciativa de IOMA para fortalecer las políticas sanitarias de la Institución y el Primer Nivel de Atención, al mismo tiempo que se busca garantizar una accesibilidad geográfica y evitar abusos como son los cobros indebidos, gracias a que cuentan con una cobertura al 100%

En este sentido IOMA decide políticas para sus afiliados/as y plantea un esquema básico de salud: Médico Clínico, Pediatra y Generalista, que apunta a incorporar diferentes especialidades.

Además, cada uno de los Policonsultorios que existen en las regiones de la provincia llevan incorporados los diferentes sistemas digitales, TOKEN, turnos online e historias clínicas digitales, para una mayor calidad de atención.

Los Policonsultorios también cuentan con la presencia de Agentes Sanitarios, que brindan el acompañamiento y asesoramiento necesario para fortalecer el vínculo entre el universo afiliatorio y la obra social, que ayuda a transitar por el sistema de salud y acercándole los nuevos programas de promoción y prevención.

En la web de IOMA se puede ver el [listado de policonsultorios y mapa](#) interactivo para ubicar el más cercano al domicilio. En cada caso se pueden ver las diferentes especialidades que posee la clínica. También se puede revisar el [archivo online](#), el cual se actualiza regularmente.

Correo de contacto policonsultorios: ipoliconsultorios@gmail.com

18.2 CLÍNICAS

Como parte de la atención exclusiva y cobertura total al universo afiliatorio de la Institución existen las Clínicas de gestión propia de IOMA. Construidas sobre los pilares del sistema solidario de salud, brindan prestaciones y evitan los cobros indebidos, a la vez que garantizan una cobertura al 100% en todas las prestaciones disponibles.

HOSPITAL IOMA GABRIELA CARRIQUIRIBORDE

Av. Perón 4798. San José, Temperley.

Teléfono admisión: 011-3527-3535 – interno 1001. De lunes a viernes de 9 a 18 horas.

Mail: admision.ioma@gmail.com

Whatsapp para turnos: +54 9 11 5624-1457

Para más información sobre [especialidades y servicios](#).

NUEVA CLÍNICA SAN MIGUEL

Calle Sarmiento 1646, San Miguel

Horario de atención: Guardias las 24 hs.

Turnos por Whatsapp: 11 – 5006-6281

Turnos consultorios externos: 11-500-66281

Mail: direccionmedicaclinica.s.m@gmail.com

info@centromedicogm.com.ar

Especialidades:

- Clínica médica
- Medicina de familia
- Consultorio del dolor
- Traumatología
- Reumatología
- Infectología
- Cardiología
- Cardiología vascular
- Ginecología
- Obstetricia
- Neonatología
- Obstetricia
- Cirugía

- Neurocirugía
- Traumatología
- Hemodinamia
- Diagnóstico por imágenes
- UTI
- UCO (hemodinamia)
- Consejería de salud sexual y reproductiva, Interrupción del Embarazo/

Turnos y consultas: nclinicasmive@gmail.com

Servicios y estudios complementarios:

- Radiología
- Ecografía
- Tomografía





REHABILITACIÓN Y PRÓTESIS



19. REHABILITACIÓN Y PRÓTESIS

Aquí se incluyen las prestaciones ligadas a tratamientos de rehabilitación ambulatoria y/o en Instituciones. Se brinda cobertura de tratamientos de rehabilitación en todas sus modalidades (ambulatorias y/o mediante internación), en instituciones que cuenten o no con convenio con IOMA (según Resolución 4270/10 y Resolución 3020/20 del Ministerio de Salud) y que acrediten habilitación ministerial.

Estas modalidades prestacionales están destinadas a brindar tratamiento a pacientes con patologías discapacitantes, que requieran un abordaje terapéutico multidisciplinario (en terapias de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, psicopedagogía e hidroterapia) con indicación, planificación y seguimiento por especialistas en rehabilitación.

Los tratamientos se podrán realizar en Centros convenidos con IOMA, con cobertura del 100% o en Instituciones sin convenio, por Trámite de Excepción.

19.1 REQUISITOS PARA LA COBERTURA DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA E INTERNACIÓN EN INSTITUCIONES

El trámite de Autorización para la cobertura de rehabilitación ambulatoria e internación en instituciones, en cualquiera de las dos modalidades, incluye las siguientes áreas:

- Terapia Ocupacional
- Kinesiología
- Psicomotricidad
- Estimulación Temprana

¿Dónde y cómo se gestiona el trámite de Solicitud de Cobertura de rehabilitación ambulatoria?

El trámite debe generarse en la Delegación de manera presencial por la/el afiliada/o, llevando toda la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;

- Orden médica original realizada por especialista neurólogo/a, traumatólogo/a, fisiatra, psiquiatra, pediatra, según prestación solicitada, indicando diagnóstico, frecuencia y período detallado a solicitar;
- Evaluación y presupuesto del prestador original;
- Fotocopia de la matrícula;
- Fotocopia del título habilitante;
- Fotocopia del registro nacional de prestador;
- Constancia de Opción de AFIP;
- Plan de trabajo;
- Indicación médica correspondiente al Área (terapia ocupacional, kinesiología, psicomotricidad, estimulación temprana).

¿Cómo deben proceder las/los trabajadoras/es de IOMA?

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada en la Delegación correspondiente, ésta es verificada por las/os trabajadoras/es de IOMA y evaluada por el/la auditor/a regional, tras lo que se le otorga un número de trámite con el que se remite la documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Rehabilitación y Prótesis.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

El trámite original junto con la copia de la Orden de Autorización, será archivado en AdeA.

NOTA: Para el inicio del trámite NO es indispensable que la/el afiliada/o cuente con un certificado de discapacidad.

¿Cuándo se puede solicitar reintegro para las prestaciones de rehabilitación ambulatoria y qué documentación se debe adjuntar?

El reintegro corresponde siempre y cuando NO haya prestador disponible para la prestación que requiere el/la afiliado/a. El trámite debe generarse en la Delegación de manera presencial por la/el afiliada/o, llevando toda la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Orden médica original realizada por especialista neurólogo/a, traumatólogo/a, fisiatra, psiquiatra, pediatra, según prestación solicitada, indicando diagnóstico, frecuencia y período detallado a solicitar;
- Evaluación y presupuesto del prestador original;
- Fotocopia de la matrícula;
- Fotocopia del título habilitante;
- Fotocopia del registro nacional de prestador;
- Constancia de Opción de AFIP;
- Plan de trabajo;
- Indicación médica correspondiente al Área (terapia ocupacional, kinesiología, psicomotricidad, estimulación temprana);
- CBU del afiliado o familiar;
- Factura original firmada y sellada por el prestador;
- Planillas de conformidad firmadas por prestador y afiliado.

¿Cómo deben proceder las/los trabajadoras/es de IOMA para gestionar el reintegro?

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite. Inmediatamente, las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga en el Sistema de Reintegros, para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Rehabilitación y Prótesis.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad. Finalmente, se deriva al Sector Reintegros del Área de Finanzas, como último paso administrativo para realizar el depósito en la cuenta del/la afiliado/a. Dependiendo del monto autorizado el trámite es remitido a región, Dirección general de prestaciones o Directorio (previo pase por Reintegros de Finanzas)

¿Dónde y cómo se gestiona el trámite de Solicitud de Cobertura de rehabilitación vía internación en Instituciones CON convenio con IOMA?

Para acceder a esta modalidad de cobertura, la/el afiliada/o debe solicitar un turno de evaluación en el Centro de Rehabilitación elegido, pero NO debe iniciar ningún trámite (de dicha gestión se encarga la Institución que prestará la atención médica).

Al momento de tomar el turno, el/la afiliado/a debe llevar su DNI al Centro de Rehabilitación, quien se ocupa de girar la documentación al Área de Discapacidad de IOMA.

Aquí se puede consultar el listado de instituciones CON convenio con IOMA: http://sistemasl.ioma.gba.gov.ar/formularios/centros_%20rehabilitacion_con_convenio.pdf

¿Dónde y cómo se gestiona el trámite de Solicitud de Cobertura de rehabilitación vía internación en Instituciones SIN convenio con IOMA?

En este caso, es preciso realizar el trámite por vía de Autorización. El trámite debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o en la Delegación más cercana a su domicilio (según Resolución 4320/11), llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Derivación del/la médico de cabecera con modalidad de tratamiento indicada;

- Resumen de historia clínica, informe de estudios complementarios;
- Evaluación fisiátrica completa con objetivos de rehabilitación, modalidad solicitada y cronograma de actividades Presupuesto del tratamiento por el prestador del servicio;
- Evaluación neuropsiquiátrica en lesionados cerebrales.

NOTA: si la institución cuenta con carga on line es posible realizar la solicitud por esa vía.

¿Cómo deben proceder las/los trabajadoras/es de IOMA para gestionar la “Prórroga de cobertura” en instituciones CON convenio con IOMA?

Las/los trabajadoras/es de IOMA debe comunicarse con las instituciones de la Región a los efectos de informar sobre el procedimiento para la carga online correspondiente a “Prórroga de cobertura”.

Si la institución lo solicita, las/los trabajadoras/es de IOMA pueden brindar orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución es recibida online por la Dirección de Programas Específicos, Sector Rehabilitación y Prótesis, allí es evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, será aprobada por el/la Director/a del sector, en cuya figura se delega esta facultad por parte del Directorio de esta Obra Social. Dependiendo el caso, la autorización es remitida a región o entregada en sede central al prestador

¿Cuál es la documentación necesaria que debe presentar el/la AFILIADO/A para iniciar el trámite de solicitud de la RENOVACIÓN en Instituciones SIN Convenio con IOMA?

La documentación que el/la afiliado/a debe presentar es la siguiente:

- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;

- Derivación del/la médico/a de cabecera con modalidad de tratamiento indicada;
- Resumen de historia clínica, informe de estudios complementarios.
- Evaluación fisiátrica completa con objetivos de rehabilitación, modalidad solicitada y cronograma de actividades;
- Presupuesto del tratamiento por el prestador del servicio;
- Evaluación neuropsiquiátrica en lesionados cerebrales;
- Informe evolutivo médico fisiátrico y por áreas.

¿Cómo deben proceder las/los trabajadoras/es de IOMA para gestionar la RENOVACIÓN en Instituciones SIN Convenio?

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Rehabilitación y Prótesis.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

La Orden de Autorización se emite por duplicado: el original se remite a la Delegación correspondiente para su posterior entrega al/la afiliado/a (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

El trámite original junto con la copia de la Orden de Autorización, se enviarán a archivo una vez retirado el original por el Delegado regional.

19.2 EQUIPAMIENTO: ORTÉSICO-PROTÉSICO Y SILLA DE RUEDAS

Esta prestación incluye sillas de ruedas y equipamiento ortésico-protésico (bipedestador, equipamiento de marcha, colchón antiescaras, valvas, etc.) con una cobertura del 100% que requiere de la autorización previa por auditoría médica especializada, a valores establecidos por Resolución 3609/14 (y sus valores vigentes). Asimismo, se cubre equipamiento que no se halla nombrado en dicha resolución, aunque en ese caso es el Honorable Directorio el que avala o rechaza la solicitud, de acuerdo a la auditoría médica.

¿Quién debe iniciar el trámite y qué documentación se requiere para acceder a la cobertura de Equipamiento Ortésico-Protésico y Silla de Ruedas que se encuentran incluidos en la [Resolución 2345/09](#) (y sus actualizaciones de valores):

La solicitud de Autorización debe ser iniciada de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (si es que el/la afiliado/a dispone de dicha certificación);
- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Resumen historia clínica realizada por la/el médica/o que deriva;
- [Planilla 1](#) completada por la/el médica/o que prescribe, donde conste la codificación del elemento solicitado según Resolución (provista por la Delegación o disponible en el sitio web de IOMA);
- Estudios complementarios (referentes a la patología discapacitante, no son suficientes sólo los estudios complementarios);
- Presupuesto del elemento con valores dentro de Resolución (en caso que la/el afiliada/o no presente presupuesto del elemento solicitado, igualmente se puede ingresar el trámite. El Área de compras y suministros luego licitará sin referencia por código solicitado).

¿Cómo deben proceder las/los trabajadoras/es de IOMA para la autorización de equipamiento INCLUIDO en la Resolución 2345/09?

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector rehabilitación y prótesis.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad. Luego se remite el trámite a subdirección compras y suministros para realizar la licitación del elemento.

¿Quién debe iniciar el trámite y qué documentación se requiere para acceder a la cobertura de Equipamiento Ortésico-Protésico y Silla de Ruedas que NO se encuentran incluidos en la Resolución 3609/14?

La solicitud de Autorización debe ser iniciada de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente;
- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- [Planilla 1](#) completada por la/el médica/o que prescribe (provista por la Delegación o disponible en el sitio web de IOMA);
- [Planilla 4](#) (provista por la Delegación o disponible en el sitio web de IOMA) completada por la/el médica/o que prescribe donde conste la codificación del elemento solicitado según Resolución.;
- Estudios complementarios (referentes a la patología discapacitante);

- Presupuesto;
- Auditoría de médico/a fisiatra del Sector de Rehabilitación y Prótesis.

¿Cómo deben las/los trabajadoras/es de IOMA?

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Rehabilitación y Prótesis.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a del sector, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.

NOTA: es importante informar al/la afiliado/a que este tipo de trámites tiene mayor demora en la gestión dado que recorre un circuito más amplio y, al tratarse de un equipamiento no nombrado, el proceso de la licitación resulta más extenso en relación a la escasa cantidad de proveedores.

Los trámites de elementos no nombrados, son tratados por Directorio (previa auditoría de Dirección Programas Específicos, Sector Rehabilitación y Prótesis), luego son remitidos a Subdirección Compras y Suministros para la licitación

¿Quién debe iniciar el trámite y qué documentación se requiere para acceder a la cobertura de Silla de Ruedas Motorizadas?:

La solicitud de Autorización debe ser iniciada de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la Delegación de IOMA más cercana a su domicilio llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente;
- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- [Planilla 1](#) con resumen de Historia Clínica y justificación médica de la misma, evaluación de un/a Fisiatra, detalle técnico de la silla de ruedas con características y material de construcción;
- [Planilla 2](#) (provista por la Delegación o disponible en el sitio web de IOMA) completada por la/el médica/o auditor de IOMA;
- [Planilla 3](#) (provista por la Delegación o disponible en el sitio web de IOMA) completada por la/el médica/o que prescribe;
- Estudios complementarios referentes a la patología discapacitante;
- Presupuesto.

¿Cómo deben proceder las/los trabajadoras/es de IOMA?

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el auditor regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central. Las/los trabajadoras/es de IOMA deben asegurarse de que la/el afiliada/o se lleve bien anotado el número de trámite.

Ésta ingresará por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían a la Dirección de Programas Específicos, Sector Auditoría de Rehabilitación y Prótesis.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es refrendada por el/la Director/a de Programas Específicos y se remite a la Subdirección de Compras y Suministros (en el caso de materiales nomenclados). En el caso de materiales no nomenclados, y justificada su cobertura, es refrendada por el/la Director/a de Programas Específicos, y elevado el trámite a consideración del Honorable Directorio para su resolución final.

Habiéndose cumplimentado los pasos citados (solicitud de materiales nomenclados y no nomenclados), el trámite es girado a la Subdirección de Compras y Suministros a fin de confeccionar la orden de requerimiento en caso de Provisión Directa, o proceder a

su licitación en el caso de compra directa.

De haber resultado denegada la provisión, se notifica al/la afiliado/a a través de un Acta de Directorio, la que es girada a la Delegación de IOMA correspondiente.

Las/los trabajadoras/es de IOMA deben informar al/la afiliado/a que si el equipamiento entregado -según el requerimiento emitido por compras- no es el adecuado, puede presentar una historia clínica y una orden médica rechazando el equipamiento en cuestión, de esta manera, podrá volver a realizar todo el circuito de auditoría y reconsideración pendiente.

NOTA: las/los trabajadoras/es de IOMA deben chequear que los trámites iniciados cuenten expresa y claramente con la siguiente documentación aportada por las/os afiliados, según el tipo de cobertura que éstas/os soliciten, así como conocer el circuito de cada una de estas gestiones:

- En casos que solicitan **Equipamiento Ortésico incluido en la Resolución 2345/09**: verificar que la documentación cuente con una descripción detallada por la/el médica/o que prescribe en la Planilla 1 (que será provista por la Región o Delegación de IOMA y disponible en la web de IOMA), que allí conste el número de código según el nomenclador vigente (donde se describe las características técnicas y material de construcción) y la justificación médica de los beneficios que la/el afiliada/o obtendrá con el mismo, según la discapacidad descrita por resumen de Historia Clínica.
- En casos que solicitan **Equipamiento Ortopédico NO incluido en la Resolución 2345/09**: recordar que esta solicitud de cobertura se realiza mediante un trámite de excepción y requiere de una fundamentada justificación médica. Es importante tener presente que el trámite es evaluado por auditoría médica, quien luego de justificarlo o no, lo eleva al Honorable Directorio siendo este último quien decide la aprobación y posterior pase a la Subdirección de Compras y Suministros para su licitación.
- En casos que solicitan **Sillas de Ruedas** cuyas características técnicas NO se encuadren en la vigente resolución: recordar que esta solicitud deberá ser fundamentada técnica y médicamente desde la discapacidad que presenta la/el afiliada/o, verificar, asimismo, que allí se expresen las diferencias técnicas con las que se encuentran incluidas en la Resolución. Es decir, es preciso chequear que en esta solicitud el/

la médica/o fisiatra detalle claramente la real necesidad del/la afiliado/a, tomando en cuenta: patología, edad y sus actuales condiciones clínicas.

*Informar que los elementos ortopédicos cotizados por IOMA
no poseen marca comercial.*

19.3 HOGAR Y CENTRO DE DÍA PARA DISCAPACITADOS ADULTOS CRÓNICOS

Esta prestación incluye cobertura para la concurrencia a Hogar o Centro de Día Adultos Crónicos, según Resolución 4063/10 de IOMA.

¿Dónde se gestiona el trámite de Autorización de solicitud de cobertura en un hogar?

El trámite debe ser iniciado de manera presencial por la/el afiliada/o titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la Delegación o Región de IOMA más cercana a su domicilio, según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08, llevando la documentación requerida:

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial);
- Fotocopia de DNI de la persona afiliada;
- Nota del/a familiar o responsable legal solicitando el ingreso al Hogar o Centro de Día Adultos;
- Derivación médica (puede corresponderse con alguna de estas áreas: Clínica, Psiquiatría, Neurología, Fisiatría, Gerontología) con documentación que avale la patología del/la afiliado/a: informes de estudios complementarios, Epi-crisis -en caso de ser derivado de un segundo nivel-, de la internación, Historia clínica completa u otro dato de interés;
- Informe de admisión del Hogar, evaluación y propuesta terapéutica confeccionada por el centro que brindará la prestación. Presentar Evaluación FIM;

- Informe Social conteniendo la evaluación del grado de contención familiar en la solicitud de cobertura de Hogar. Cumplimentar las [planillas de ANEXO 4](#): Solicitud de cobertura y FIM de la [resolución 4756/14](#) (Esta planilla la posee el Centro y se encuentra disponible en la web de IOMA);
- Cronograma de actividades del Hogar, nómina y honorarios de profesionales intervinientes;
- Presupuesto del Establecimiento Prestador.

[Listado de Hogares para discapacitados adultos crónicos.](#)

¿Cómo deben proceder las/los trabajadoras/es de IOMA?

Es muy importante tener presente que en ningún caso o trámite se retendrán los estudios originales las/os afiliadas/os. Solo se recibe el informe de auditoría médica regional. Hecha esta aclaración, seguidamente se recuerda el circuito del trámite.

Una vez que la/el afiliada/o presenta la documentación detallada arriba en la Delegación correspondiente, las/los trabajadoras/es de IOMA verifican la misma. Luego, la documentación es evaluada por el/la auditor/a regional y, tras ello, se le otorga un número de trámite para remitir dicha documentación a IOMA Central.

Las/los trabajadoras/es de IOMA deben asegurarse de que la/el afiliada/o se lleve bien anotado el número de trámite e informarle que, con dicho número y desde el icono ^Consulta de trámite^ del sitio web de IOMA, cada afiliada/o puede realizar el seguimiento de la gestión iniciada.

La documentación recibida en la Delegación ingresa por Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, donde las/os trabajadoras/es de IOMA realizan la carga administrativa y luego la envían al Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, sector Rehabilitación.

Allí la documentación es evaluada por la auditoría especializada para emitir informe técnico y por el Departamento Asistentes Sociales para la evaluación socio sanitaria que justifique la cobertura de la internación. Si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de las Resoluciones vigentes, es aprobada por el/la Director/a de Programas Específicos, en quien el Directorio de IOMA delega esta facultad.





ANEXO I

REQUISITOS GENERALES MEDICAMENTOS





REQUISITOS GENERALES

- Receta de IOMA con la indicación del diagnóstico y la droga solicitada;
- Historia clínica detallada y actualizada con objetivo terapéutico;
- Estudios que justifiquen la indicación (ver requisitos específicos).

REQUISITOS ESPECÍFICOS

1. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

- Receta de IOMA, historia clínica completa y actualizada donde se incluyan las lesiones de piel, trastorno de los diferentes sistemas y órganos.
- Criterios de Laboratorio: leucopenia, linfopenia, trombocitopenia (en fase activa de la enfermedad o fuera de tratamiento).
- Criterios Inmunológicos: Anti-ADN, anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpido POSITIVO, anticuerpo anticardiolipinas POSITIVO, anticuerpo antinuclear (ANA): POSITIVO.

2. ESCLERODERMIA

- Receta de IOMA, historia clínica detallada, completa y actualizada (local o sistémica).
- Criterios de Laboratorio: Anticuerpos Antinucleares (ANA), anticuerpos antitopoisomerasa I: Positivos en el 25-75% de los casos, anticuerpo antecentrómero: Positivo en el 45-80% de los casos.
- Estudios Complementarios: Capilaroscopia del lecho ungueal, RX tórax.
- Otros estudios relacionados con el diagnóstico.
- Receta de IOMA, historia clínica documentando el compromiso muscular;
- CPK- LDH- TGO: elevadas;
- Biopsia muscular y/o cutánea: positivas.

3. DERMATOMIOSITIS

- Receta de IOMA
- Historia clínica documentando el compromiso muscular;
- CPK- LDH- TGO: elevadas;
- Biopsia muscular y/o cutánea: positivas.

4. ENFERMEDAD DE SJOGREN

- Receta de IOMA;
- Historia clínica;
- Querato- conjuntivitis seca: Test de Schimer menor de 9 mm de humedad en 5 minutos;
- Xerostomía;
- Informe del médico oftalmológico;
- Criterios de Laboratorio: Factor Reumatoideo Positivo, anticuerpos antinucleares (ANA) Positivo, anticuerpos contra los Antígenos Citoplasmáticos (SSA): Positiva en el 50% de los casos.

5. ARTRITIS REUMATOIDEA

- Receta de IOMA, historia clínica completa;
- Tiempo de evolución de la enfermedad;
- Informe radiológico de las articulaciones comprometidas;
- Informe de laboratorio (hemograma completo, ERS, PCR, Látex para AR, Rose Ragan, factor reumatoideo, anti-PCC).

6. DIABETES

- Receta de IOMA, historia Clínica con peso, talla y BMI;
- Tratamientos instituidos hasta la fecha, dosis y respuesta objetiva obtenida;
- Glucemia en ayunas mayores a 126 mg% en dos o más ocasiones;
- Glucemia mayor a 200mg% asociada a síntomas de la Diabetes;

- Tres meses de dieta precios al tratamiento farmacológico;
- Adjuntar Informe Oftalmológico, Microalbuminuria y Hb G.

7. INSULINA

- Receta de IOMA y evaluación clínica (BMI, peso, talla, trofismo);
- Laboratorio General;
- Glucemia basal;
- Glucemia posprandial;
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa;
- Hemoglobina glicosilada;
- Exámenes complementarios referentes a la patología y sus complicaciones.

8. PUBERTAD PRECOZ

- Receta de IOMA e informe médico completo;
- Informe de dosaje de LH/FSH basal y estimulada con GnRH;
- Urocitograma;
- Informe de edad ósea;
- Informe de ecografía anexial (niñas);
- Curva peso-altura-edad.

9. DIABETES GESTACIONAL y DIABETES EN SITUACION DE STRESS

- Receta de IOMA, historia clínica, peso, talla, BMI;
- Glucemias;
- Hb glicosilada;
- Informe oftalmológico y microalbuminuria (de contar con dicho estudio);
- Esquema completo de tratamiento.

10. EPILEPSIA

- Historia Clínica donde conste el tipo de epilepsia y manifestaciones clínicas de la enfermedad;
- Copia de exámenes complementarios donde conste EEG, Resonancia, TAC;
- Tratamiento instituido con otras drogas;
- Evolución con el tratamiento;
- Motivo de la discontinuación de cada droga;
- En caso de toxicidad se debe documentar la misma;
- En caso de falta de respuesta documentar la misma con dosaje de cada droga utilizada en sangre a fin de objetivar que reciba una posología adecuada.

11. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

- Historia Clínica donde conste fecha de inicio de la enfermedad y manifestaciones de inicio;
- Exámenes complementarios que permitan realizar el diagnóstico;
- Informe de Electromiograma;
- Rutina de laboratorio que incluya Hemograma, ERS, Dosaje de vitamina B 12, folato, TSH, VDRL y Elisa para HIV;
- Resonancia magnética de columna cervical.

12. ESCLEROSIS MULTIPLE

- Historia clínica donde conste manifestaciones clínicas de la enfermedad;
- Exámenes complementarios con los que arribó al diagnóstico, Resonancia Magnética, Potenciales evocados y Líquido Cefalorraquídeo con búsqueda de banda monoclonales;
- Forma clínica de la enfermedad;
- Número de brotes documentados.

13. HIV

- Historia Clínica donde conste fecha de diagnóstico adjuntando fotocopia de estudios confirmatorios (W.Blot);
- CV y CD4 realizados en los últimos 3 meses.

14. HEPATITIS CRÓNICA B

- Criterios clínicos que permitan definir el cuadro como una Hepatitis Crónica, documentando el aumento persistente de las Transaminasas por 6 meses como mínimo.
- Demostración de Virus C por Serología. De ser posible se debe documentar el serotipo y carga viral;
- Biopsia hepática compatible.

15. HEPATITIS CRÓNICA C

- Criterios clínicos que permitan definir el cuadro como una Hepatitis Crónica, documentando el aumento persistente de las Transaminasas por 6 meses como mínimo.
- Evidencia de replicación viral a través de Hb e Ag positivo o DNA positivo.
- Biopsia hepática con diagnóstico de Hepatitis crónica.

16. INCOMPATIBILIDAD RH

- Historia clínica donde conste el tiempo de embarazo;
- Prueba de Coombs (indirecta);
- Grupo sanguíneo de la madre y fenotipo del RH.

17. INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS

- Historia clínica compatible precisando edad, tipo de presentación y denominación de la entidad.

18. TRASPLANTES

- Historia clínica completa donde conste: órgano trasplantado y tipo (cadavérico, vivo), la fecha de trasplante y episodios de rechazo si los hubiere.

19. OSTEOPOROSIS Y ENFERMEDAD DE PAGET

- Densidad mineral ósea menor a 2,5 desvíos Standard correspondientes a 0,90 grs/cm² en columna lumbar o 0,70 grs/cm² en cuello de fémur, con densitómetro tipo Lunar o similar;
- Adjuntar estudios complementarios donde se arribó al diagnóstico;
- Marcadores de recambio óseo;
- Calcio en sangre y orina de 24 h., fósforo, hemograma, ERS, proteinograma, creatinina, glucemia. Análisis de sangre.

20. TUBERCULOSIS

- Radiografía de tórax al inicio y evolución bajo tratamiento instituido;
- Cultivo de esputo y BAAR, al inicio. Antibiograma del agente aislado.

21. POLICITEMIA VERA

- Resumen detallado de historia clínica con la medición de masa globular;
- Saturación de oxígeno;
- Hematológico completo;
- Dosaje de eritropoyetina.

22. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

- Historia Clínica donde conste comienzo de la enfermedad, número de deposiciones diarias, manifestaciones clínicas, presencia de fiebre u otro síntoma de compromiso sistémico;
- Peso y talla;
- Exámenes de laboratorio y coprocultivo;

- Estudios complementarios: informe de endoscopia, radiología, biopsia.

23. INMUNODEPRIMIDOS Y MICOSIS PROFUNDAS

- Adjuntar resumen de Historia Clínica consignando factor de riesgo y tipo de huésped;
- Datos clínicos de presentación.

24. SITUACIONES ESPECIALES

- Adjuntar estudio hematológico actualizado;
- Talla y peso.

25. SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

- Resumen de historia clínica donde conste: BMI menor de 17, albumina menor de 3gr/100ml, colesterol menor a 130;
- Curva de crecimiento en niños.

26. HEPATOLOGÍA

- Historia Clínica original, copia de estudios que avalen la patología;
- Copia de estadificación de enfermedad (onco-hemato);
- Fundamento de indicación de drogas solicitadas y detalle terapéutico;
- Para la renovación: historia clínica original de seguimiento y respuesta al tratamiento. Detalle terapéutico.

27. INFECTOLOGÍA

- Para ARV, resumen de historia clínica. Estudios complementarios como, Western Blot y/o carga viral, recuento de cd4, estudios por imágenes y moleculares según corresponda;
- Para ATB, resumen de historia clínica, cultivos bacteriológicos con antibiograma, estudios por imágenes según foco (rx, ecografías, tac, resonancia);

- Para antifúngicos, resumen de historia clínica, cultivo micológico, laboratorio en algunos casos;
- Para antivirales: resumen de historia clínica, serologías y/o PCR según la patología, imágenes.

28. ONCOLÓGICAS

- Receta de IOMA, historia clínica completa;
- Biopsia;
- Análisis de laboratorio;
- Esquema oncológico;
- Tomografía, resonancia magnética.

29. FIBROSIS QUÍSTICA/ PATOLOGÍA RESPIRATORIA

- Resumen de historia clínica completa, donde conste peso, talla, IMC, historia de exacerbaciones en el último año;
- Test del sudor;
- Estudio genético para FQ;
- Espirometría, TAC torácica de alta resolución, gases en sangre o saturación de O₂, laboratorio con función hepática y renal;
- Epicrisis.

30. HIPERTENSIÓN PULMONAR

- Resumen de historia clínica clasificando al paciente, con evaluación de riesgo;
- Laboratorio;
- TAC torácica de alta resolución;
- Espirometría, DLCO; gases en sangre;
- Test de marcha 6 minutos;
- Ecocardiograma;
- Cateterismo cardíaco.

31. INSUFICIENCIA PANCREÁTICA

- Resumen de historia clínica donde conste la causa de la insuficiencia pancreática: fibrosis quística, cáncer de páncreas, pancreatitis, pancreatectomía;
- Elastasa menos de 200 ug/gr en heces o Van de Kamer con grasas en 24 h. mayor de 6 o esteatocrito mayor de 2.





ANEXO II

MATERIAL EN GUARDA Y CUSTODIA





MATERIAL EN GUARDA Y CUSTODIA

Archivo de documentación mediante cajas

El sistema de guarda y custodia de documentación en cajas se realiza a través de un prestador contratado para tal fin, o bien en el Archivo con el que cuenta el Instituto.

El servicio consiste básicamente en preservar la documentación en cajas, para ello:

- 1.** Se provee de los insumos necesarios.
- 2.** Se retira el material de las distintas delegaciones.
- 3.** Se archiva, en alguna de las opciones mencionadas.
- 4.** Se desarchiva, si es necesario realizar una consulta se solicita el retorno de la/s caja/s.
- 5.** Destrucción de la documentación una vez alcanzada la fecha máxima de guarda.

Para hacer más dinámico estos procedimientos se generó un único canal de comunicación específico, vía correo electrónico iomalogistica@gmail.com, cabe aclarar que dicho mail solamente responderá inquietudes y/o solicitudes que refieran a los procedimientos anteriormente mencionados de archivo de documentación.

1. SOLICITUD DE INSUMOS

El proveedor se encarga de abastecernos de los insumos necesarios, a saber:

- Cajas, con sus respectivas tapas y numeradas mediante obleas o etiquetas adhesivas.
- Precintos de seguridad numerados (optativos y acorde a la documentación a resguardar).

Las diferentes delegaciones solicitarán los insumos al representante en la Región a la que pertenecen. Esta última será la encargada de requerir al correo de contacto la cantidad de cajas que sean necesarias retirándolas por la Mesa General de Entradas, Salida y Archivo Sede Central para luego distribuirlas a los solicitantes.

2. RETIRO

Las cajas tienen una capacidad de almacenaje de 15 Kg. aproximadamente, una vez alcanzado este límite o bien completado su volumen se considerará que está lista para ser retirada. Para ello la delegación deberá comunicarle con la región correspondiente para que la/s retire y la/s envíe a la Mesa de Entrada de la Sede Central.

3. ARCHIVO

Una vez recibida en la Mesa de Entradas se verificará que cumpla los requerimientos explicados para luego ser remitida al sector de Archivo. En esta primera etapa, toda la documentación será derivada al Archivo del IOMA. Donde la documentación será archivada durante 5 años como máximo, con excepción de los contratos de locación y originales de pagos que deberán ser archivados por 10 años.

4. DESARCHIVO

Cuando se requiera modificar, controlar, o ampliar alguna documentación de una/s de las cajas que ya están en custodia, se puede solicitar el desarchivo de la/s mismas. Para esto se deberá enviar un correo a iomalogistica@gmail.com indicando el número de la o las cajas solicitadas, como también el nombre del solicitante y la delegación a la que pertenece.

Una vez identificada se les hará llegar por intermedio de la región que corresponda.

5. DESTRUCCIÓN

El expurgo de la documentación se realizara cuando se haya cumplido su período máximo de guarda, y queda a cargo del sector de logística de la Mesa de Entradas, cumpliendo con el Decreto-Ley 8583/62.

PROCEDIMIENTO PARA ARCHIVO

- Las cajas están numeradas para facilitar su identificación, pero su contenido corre exclusivamente, por cuenta de la Delegación que la confecciona.
- Cada caja debe contener documentación que pertenezca al mismo año a fin de poder llevar un control de archivo vencido al final del tiempo de guarda y posterior destrucción. Asimismo ello facilita su archivo y eventual búsqueda.
- Debe generarse un documento (con formato Excel, Word, etc.) con número de caja donde se describa la cantidad, número y año del trámite y/o expediente que se encuentre en su interior. Este documento en tres ejemplares uno para la delegación, uno para la Mesa General de entradas y uno para el Archivo.
- En el sistema SOL deberá insertarse en la parte de observaciones o extracto de cada expediente o trámite que el mismo se encuentra en estado de archivo con número de caja. De la misma manera se podrá optar por "dar salida" ingresando el código 151201012 a los tramites que conformen la caja.

Oficinas		
Código	Descripción	Desde
151201007	DGI - SECTOR DIGESTO	25/01/2017
151201010	DEPTO.MESA GRAL DE ENTRADA,SALIDA Y AF	01/09/2000
151201011	SECTOR INGRESO DE FACTURACION	01/09/2000
151201012	SECTOR EXPEDIENTES ARCHIVO	01/09/2000
151201013	AREA ATENCION DE PUBLICO Y DELEGADOS	01/09/2000
151201014	SECTOR CARATULACIONES	01/09/2000
151201015	SECTOR TRAMITES DE EXCEPCION	03/09/2004
151201016	SECTOR CORRESPONDENCIA Y DELEGADOS	27/12/2004

Si la documentación es de guarda por tiempo indeterminado, como por ejemplo libros, actas, expedientes o trámites, deberán ir en una caja aparte indicando que es lo que contiene, independientemente de su fecha.



