



Guía única de Trámites

PRESTACIONES

- ¿Cuál es la cobertura?
- ¿Cómo debe proceder el empleado?
- ¿Cómo debe iniciarse el trámite?
- Documentación necesaria

Clara, actualizada y de fácil acceso

IOMA

instrucciones

Instrucciones de uso



Trámite vía Autorización



Trámite vía Reintegro



Trámite vía Provisión



Trámite vía Excepción



Resolución on line



Recuerde



Cobertura a través de bono



Cobertura del 100%



Cobertura del 70%



Cobertura según valores predeterminados por IOMA



Cobertura por Plan MEPPES

Documentación básica

- Fotocopia de DNI.
- Fotocopia de Credencial.
- Fotocopia último recibo de sueldo o de pago en caso de afiliados voluntarios.

Documentación básica para Discapacidad

- Fotocopias de DNI del titular y del familiar a cargo.
- Fotocopia de Credencial de ambos.
- Fotocopia último recibo de sueldo o de pago en caso de afiliados voluntarios.
- En caso de poseer **Credencial de Discapacidad** otorgada por IOMA, ésta reemplaza toda la documentación básica para Discapacidad y el Certificado de Discapacidad. Sólo deberá anexarle la Verificación Afiliatoria.

IMPORTANTE

- Recuerde informar al afiliado que con su número de trámite, en el ícono **“Consultas de trámites y expedientes”** del sitio web de IOMA www.ioma.gba.gov.ar, puede realizar el seguimiento del mismo.
- **Esta Guía no contiene valores ni resoluciones.** Todos los montos de los bonos de prácticas y consultas, así como los números de resoluciones se encuentran disponibles en el sitio web de IOMA. (No se incluyeron en este material para evitar su desactualización).
- Todos los profesionales o Centros de Salud prestadores de IOMA se encuentran disponibles en el sitio web.

Índice

Afiliaciones	5
Anestesiología	11
Audífonos	12
Diabetes	13
Enfermedad de Gaucher	15
Estudios de Baja y Mediana Complejidad	16
Estudios de Alta Complejidad	17
Fibrosis Quística y Esclerosis Múltiple	19
Fonoaudiología	20
• Audiología	20
• Foniatría	20
Hemodiálisis	23
HIV	24
Internación	25
• Alta complejidad en internación	27
Kinesiología	28
Medicamentos	31
• Plan MEPPES	32
Obesidad	34
Odontología	37
Oftalmología – óptica	40
Oncología	41
Otorrinolaringología	44
Prácticas de laboratorio	45
Programa Adolescente	46
Programa Cuidarte	47
Programa Salud Renal	48
Programa MAMI	50
Programa SER	53
Programa TGD	56
Programas Específicos	59
• Educativo Terapéutico	60
Centro de Día	
Acompañamiento Terapéutico	
Centro Educativo Terapéutico	
Escuela Especial	
Tratamiento ambulatorio de Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía y Estimulación Temprana	
Hogar	
Plan para personas con Discapacidad Visual	
• Rehabilitación	78
Tratamiento de rehabilitación en Instituciones con convenio	
Tratamiento de rehabilitación en Instituciones sin convenio	
Equipamiento Ortésico - Protésico y Silla de ruedas	
Hogar y Centro de Día para discapacitados Adultos Crónicos	
• Atención Domiciliaria Integral – Internación Domiciliaria	81
• Enfermería Domiciliaria	82
• Nutrición Enteral y Parenteral Domiciliarias	83
• Oxigenoterapia	83
• Transporte - traslado	85
Prótesis en internación	89
Psoriasis	91
Salud mental	93
• Consulta por psiquiatría	93
• Tratamiento psiquiátrico	93
• Tratamiento psicoterapéutico individual, educacional, grupal, familiar y de pareja	94
Módulo de evaluación clínica, neurocognitiva y psicodiagnóstico clínico y neurocognitivo	95
Pruebas psicométricas y proyectivas realizadas por psicólogos en localidades que no cuenten con prestadores ..	95
Prácticas que requieren trámites de excepción	96
Prestaciones contempladas dentro del convenio IOMA-ABEASM (Asociación Bonaerense para la Asistencia en Salud Mental) y IOMA-FECLIBA (Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires)	98
Traslados en ambulancia	100
Traslados en ambulancia en internación	101
Trasplantes de órganos y tejidos	102

1. OBLIGATORIOS
2. VOLUNTARIOS
3. CONVENIOS DE RECIPROCIDAD
4. CONVENIOS CON ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS
5. "ARTÍCULO 19" AFILIACIONES A CARGO

1. OBLIGATORIOS

¿Quiénes tienen la obligatoriedad de afiliarse?

Todo el personal en actividad dependiente del poder Ejecutivo provincial y municipal (Gobernador, Vicegobernador, Intendente y Concejales), Legislativo y Judicial, de los Organismos de la Administración Pública, docentes que presten funciones en Establecimientos Educativos comprendidos en el régimen del decreto-ley 8727/77 y sus modificaciones, Municipalidades adheridas, Jubilados y Pensionados del IPS de la Provincia, Caja de Retirados, Jubilados y Pensionados de la Policía.

¿Qué requisitos generales deben solicitarse al futuro afiliado?

- Ficha Certificada (Anexo I).

Fotocopias de:

- DNI (1° y 2° hoja) de todas las personas que vayan a afiliarse (marido, hijos).
- Último recibo de sueldo del titular.
- Certificación de vínculo en caso de matrimonio y partidas de nacimiento para los hijos.
- Si tiene hijos (mayores de 21 y hasta los 26 años inclusive): Certificado de Alumno regular.
- Si es contratado: contrato vigente.
- Jubilados y pensionados en trámite: certificado del IPS de la Caja de Retiros, Jubilaciones y Pensiones de Policía o Resolución Ministerial.
- Cónyuges: certificación negativa del ANSES.

¿Cómo debe proceder el empleado para realizar la afiliación?

- Recibe la documentación que trae el beneficiario. Verifica (vía web o por listado de cápita) y procede a la incorporación o renovación de la afiliación.
- Certifica toda la documentación recibida como copia fiel del original.
- Confecciona la credencial provisoria mediante sistema web de afiliados obligatorios, por duplicado. El original se le entrega al afiliado y la copia se adjunta a la ficha de afiliación.

El período extendido de la credencial, no podrá ser mayor a seis (6) meses o por el período que restara para el vencimiento del contrato de trabajo en el Organismo que se esté desempeñando.

- Diariamente ordenan numéricamente por serie las credenciales y se confecciona la Planilla de Resumen de Trámites Afiliatorios (Anexo II) por cuadruplicado. Semanalmente se remiten los anexos, soporte magnético o vía web la documentación a Sede Central, mediante el Dpto de Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo, al Dpto. Obligatorios de la Dirección de Afiliaciones.
- El Dpto Obligatorios controla la información recibida. La información cargada en la web por la Delegación, es incorporada a la base de datos por Central en forma semanal por la DSIE (Dirección de Sistemas de Información y Estadística).
- Central envía las credenciales definitivas a la Delegación quienes la entregan al afiliado contra presentación del último recibo de sueldo.

¿Qué documentación debe reunir en caso de afiliarse al conviviente?

• Documentación básica.

- Verificación afiliatoria del afiliado directo.
- Ficha afiliatoria completa, especificando un teléfono de contacto y celular si lo tuviere.
- Fotocopia de DNI del afiliado directo y de su pareja conviviente, donde figure idéntico domicilio.
- Acta Protocolar de Matrimonio actualizada, para el caso de afiliados directos que posean cónyuge a cargo y se encuentren divorciados.
- Certificación negativa del ANSES, obtenida desde el sitio web de dicho organismo: <http://www.anses.gov.ar>
- En el caso de afiliados obligatorios, cuyo conviviente presente certificación de ANSES en la que conste que posee otra obra social obligatoria, y desee continuar con la gestión de incorporación, deberá presentar formulario de aceptación de descuento de la cuota afiliatoria a abonar por el conviviente.
- Fotocopia de Certificado de Nacimiento y del DNI, de los hijos en común, si los hubiere.
- Información Sumaria Testimonial expedida por Organismo Judicial y con no más de tres meses de antelación a la presentación. Para obtener la Declaración de convivencia, el/la titular y su conviviente deberán presentarse junto a dos testigos. En

Capital Federal, deberán acercarse al Registro Civil. En las cabeceras de Departamentos Judiciales, debe concurrir al Tribunal Civil y Comercial, mientras que en el resto de la Provincia, lo harán al Juzgado de Paz.

- En el caso de los Afiliados Voluntarios Individuales (AVI) y Voluntarios Colectivos (AVC) (estos últimos centralizados en IOMA Sede Central), deberán cumplimentar los requisitos establecidos para su afiliación.
- Deberá probar convivencia en aparente matrimonio, por el término de cinco (5) años inmediatamente anteriores al momento de la solicitud de la incorporación, o por el término de dos (2) años cuando hubiera descendencia en común.

Medios de prueba tendientes a acreditar la efectiva convivencia:

El afiliado debe aportar el mayor número de pruebas con los que cuente.

- Licencia de conducir (fotocopia).
- Escritura de dominio de inmueble familiar.
- Contrato de locación de vivienda familiar con fecha cierta (sellado fiscal o firmas certificadas por escribano público).
- Resúmenes de tarjetas de crédito y/o cuentas bancarias conjuntas.
- Facturas de servicios públicos.
- Pólizas de Seguros.
- Informaciones Sumarias testimoniales anteriores.
- Inscripción en entidades de bien público (bomberos voluntarios, cooperadoras, etc., donde conste el domicilio y la fecha de realización).
- Contratos de servicios de emergencia.
- Historias Clínicas.
- Fichas odontológicas.
- Cédulas de notificación, denuncias policiales, declaraciones juradas, telegramas, etc.
- Constancia de escolaridad de hijos menores.
- Solicitud y/o factura A, B o C de teléfonos celulares, Internet, etc.
- En cada medio de prueba presentado, deberá constar el domicilio y la fecha de expedición.

No se aceptan remitos ni presupuestos

Requisitos para las afiliaciones de los hijos de la pareja conviviente (hijastros):

- Fotocopia de la credencial del afiliado directo, último recibo de sueldo o último pago de la cuota de afiliado voluntario, o verificación afiliatoria.
- Ficha afiliatoria completa.
- Fotocopia del DNI del afiliado directo y de los hijos de su pareja conviviente, con idéntico domicilio.
- Fotocopia de certificado de nacimiento del/de los menor/es a incorporar.
- Certificación negativa del ANSES, obtenida desde el sitio web de dicho organismo: <http://www.anses.gov.ar>, del menor postulante y del progenitor no afiliado al IOMA.
- Los afiliados Voluntarios deberán, además, cumplir con los requisitos establecidos para el régimen de la Afiliación Voluntaria.

¿Cómo debe proceder el empleado para iniciar la afiliación del conviviente?

Una vez recibida la documentación, se gira a Sede Central a través del Departamento de Mesa Gral. de Entradas, Salida y Archivo, con pedido de Caratulación.

Los trámites que ingresen a través de Convenios afiliatorios, con Entidades Públicas y/o Privadas, lo harán a través de la entidad que los represente y deben presentarse ante el Departamento Voluntarios y Convenios especiales, Sector Entidades.

Una vez aprobada la afiliación e incorporado en base de datos, se remiten las actuaciones a la Región o Delegación correspondiente, acompañadas de un certificado afiliatorio, para su archivo en esa área, debiéndose agregar declaración jurada en cada renovación posterior.

Para los afiliados voluntarios colectivos, dicha documentación se mantiene en el Sector Entidades en IOMA Central.

En caso de denegarse la solicitud de afiliación, la Región y/o Delegación, debe comunicar en forma fehaciente al afiliado directo, de la Disposición que así lo determinó.

¿Cómo debe proceder el empleado en caso de extravío de credencial?

Debe verificar si el afiliado obligatorio se encuentra incorporado al sistema web. Si es así, se le extiende una nueva credencial provisoria.

¿Cómo debe proceder el empleado para realizar la Baja de un afiliado?

El delegado debe proceder a la baja en el sistema web de afiliados obligatorios y debe enviar a la Dirección de Afiliaciones - Dpto. Obligatorio, la Planilla de Bajas (Anexo IV) o Ficha V (Anexo V) completas, del 1 al 10 de cada mes. Dicha planilla debe llegar firmada por el responsable de la Delegación de IOMA, para su control.

¿Existe algún caso en el que no deba otorgarse credencial de Pensión en trámite?

Si, no se les debe entregar a los beneficiarios de Pensión Graciable y Ex combatientes.

2. VOLUNTARIOS

¿Qué requisitos generales debe tener un futuro afiliado?

Ser residente de la provincia de Buenos Aires o no residente con trabajo en empresas o entidades de la provincia.
Tener hasta 65 años inclusive.

¿Cómo debe proceder el empleado para iniciar la afiliación?

Debe informar la documentación necesaria y entregar:

- Planilla de inscripción (Ficha N° 3).
- Historia clínica.
- Declaración jurada completa.

¿Qué documentación debe solicitarse al afiliado?

- Fotocopia del DNI con último cambio de domicilio.
- Fotocopia de la libreta o certificado de matrimonio.
- Fotocopia de la partida de nacimiento de sus hijos.
- Para hijos mayores de 21 años certificado de alumno regular de ente reconocido incorporado a la enseñanza oficial.
- Si no es residente de la Provincia de Buenos Aires deberá presentar certificado de trabajo en dicha provincia.
- Planilla de inscripción completa y firmada.

Los menores de 40 años deben concurrir a la consulta médica en donde el profesional le completará la Historia clínica con fecha, firma y sello correspondiente. Igual proceder deben seguir los de 40 años en adelante, quienes además deben realizarse los estudios previos indicados en la Historia Clínica. El resultado de los mismos quedará allí plasmado y los estudios e informes, en poder del médico.

¿Qué datos es importante recordar?

- El domicilio de residencia debe coincidir con el que figura en la Planilla de Inscripción.
- Una vez que se presenta toda la documentación, y auditada la H. C., se debe cobrar la 1° cuota de carencia.
- Para los hijos a cargo mayores de 21 años, que continúan estudiando, deben enviar el certificado de estudios con reconocimiento oficial UNA vez al año (abril del año en curso).
- Para dudas con respecto a incorporación o renovación de la afiliación de hijastros, nietos, guardas integrales y discapacitados se recomienda consultar el Decreto 3774/07, el cual tiene modificaciones.
- Documentación respaldatoria.
- Certificación negativa de la ANSES (de los 7 ítems).
- En caso de URGENCIA de afiliación o renovación de art. 19, la Delegación faxea la documentación y Sede Central puede incorporar el sistema web.

3. CONVENIOS DE RECIPROCIDAD

¿Cómo debe proceder el empleado en caso de que un afiliado de IOMA se vaya a vivir a otra provincia?

Debe indicarle al afiliado la documentación necesaria, la cual puede traer personalmente el mismo interesado a Sede Central (para mayor celeridad) o enviarla vía Delegado.

Documentación

- **Documentación básica.**
- Si tiene familiares a cargo: documentación de los mismos.
- Constancia del nuevo domicilio.
- Carta de Extraña Jurisdicción otorgada por IOMA.
- DNI con domicilio en la otra provincia.

¿Cómo debe proceder el empleado en caso de que beneficiarios de otras provincias vengan a vivir (Extraña Jurisdicción) a la provincia de Buenos Aires?

Debe indicarle al afiliado la documentación necesaria y enviarla a Sede Central vía Delegado. No puede llevarla el beneficiario. Sólo Sede Central define su ingreso en el padrón.

Documentación

- **Documentación básica.**
- Si tiene familiares a cargo: documentación de los mismos.
- Carta de la obra social de origen (Extraña Jurisdicción).
- DNI con domicilio en Buenos Aires.

¿Cómo debe proceder el empleado en caso de Beneficiarios en Tránsito o en Otra situación?

Se debe resolver directamente en la Delegación (Convenios interprovinciales-autorizaciones provisorias de beneficiarios). El trámite no va a Sede Central.

Nota: IOMA tiene convenio con todas las provincias, con excepción de Tierra del Fuego. Para dicho lugar el afiliado debe solicitar autorización en su Delegación, según Resolución 1232/02.

El beneficiario recibirá prestaciones que luego serán recuperadas a su Obra Social de origen. La Delegación debe generar el número de afiliado "X".

4. CONVENIOS CON ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS

¿Cómo debe proceder el empleado en caso de que una nueva Empresa desee establecer un Convenio con IOMA?

La Delegación debe comunicarse con Sede Central y establecer el contacto. A partir de ese momento y en caso de que se establezca el convenio, se estipulará un representante de la Empresa o Entidad quien será el lazo con Sede Central.

¿Qué sucede en caso de extravío o vencimiento de la credencial de un miembro de la Empresa o Entidad Conveniada?

El afiliado debe comunicarlo al representante legal de la entidad.

¿Qué documentación debe solicitar para incorporar a los hijos de los empleados de la Empresa o Entidad al Programa MAMI?

- Fotocopia de la credencial del afiliado directo.
- Certificado del vínculo: fotocopia de los DNI y Certificado de Nacimiento.

No entregar credencial provisorio.

Nota: El afiliado puede consultar el listado completo de las entidades públicas y privadas con convenio en el sitio web de IOMA.

5. "ARTÍCULO 19" AFILIACIONES A CARGO

¿Quién puede solicitar una afiliación bajo el "artículo 19"?

Todo afiliado obligatorio o voluntario DIRECTO (individual a colectivo).

¿A quién se puede tener a cargo?

A- Cónyuge (con cuota adicional si posee otro beneficio obligatorio).

B- Derogado (esposos discapacitados).

C- Hijos solteros menores de 21 años.

D- Hijos mayores de 21 años, afectados por una incapacidad superior al 66,67% total o parcial y permanente; carente de recursos o bienes de renta y que no se encuentren sujetos a otro régimen asistencial obligatorio.

E- Hijos adoptivos menores de 21 años.

F- Hijastros de la esposa/o menores de 21 años carente de recursos o bienes de renta.

FL- Hijastros de la pareja conviviente menores de 21 años carente de recursos o bienes de renta.

G- Menores de 18 años bajo guarda integral, tenencia o tutela.

H- Hijos solteros, mayores de 21 años y hasta los 26 inclusive, siempre que acrediten ser alumnos regulares de Establecimientos oficiales o reconocidos.

I- Nietos (deberán ser hijos de padre o madre menores de 21 años, a cargo del afiliado directo, cuyo progenitor no posea otro régimen asistencial obligatorio).

J- Incapaces sometidos a curatela.

K- Ascendientes en 1° grado (padres o suegros) mayores de 60 años afectados por una incapacidad superior al 66,67%, total o parcial y permanente, carente de recursos y que no se encuentren sujetos a otro régimen asistencial obligatorio.

L- La persona que hubiese convivido en aparente matrimonio, por el término de cinco (5) años inmediatamente anteriores al momento de la solicitud de la incorporación o por el término de dos (2) años cuando hubiera descendencia en común (con cuota adicional si posee otro beneficio asistencial obligatorio).

Documentación para incorporación de Hijastro (hijos del cónyuge menor de 21 años)

• Documentación básica.

- Certificado de nacimiento.
- Certificado de matrimonio.
- Certificación negativa de ANSES (del postulante y el progenitor).
- Certificado judicial que acredite la convivencia del menor con el afiliado directo y que se encuentra a su exclusivo cargo.

Documentación para incorporación de Hijastro del conviviente

• Documentación básica.

- Certificado de nacimiento.
 - Certificación negativa de ANSES (del postulante y el progenitor).
 - Certificado judicial que acredite la convivencia del menor con el afiliado directo y que se encuentra a su exclusivo cargo.
- El afiliado deberá tener a cargo al conviviente.

Documentación para incorporación de Menor en guarda – Tenencia Tutela (hasta 18 años)

• Documentación básica.

- Fallo del Tribunal o de Juez interviniente.

La guarda deberá ser integral y no al sólo efecto de las coberturas asistenciales.

Si la guarda está otorgada en otra provincia deberá estar certificada por el máximo tribunal con sello de agua.

Documentación para incorporación de Nieto

• Documentación básica.

- Certificado de nacimiento actualizado del menor a incorporar y del progenitor (si estuviera reconocido).
- Certificación negativa de ANSES (del postulante y el progenitor).

Documentación para incorporación por Curatela

• Documentación básica.

- Certificación negativa del ANSES del postulante.
- Fallo del Tribunal.

El curador debe ser afiliado

Documentación para incorporación por Discapacidad

• Documentación básica.

- Documentación personal del postulante (fotocopia DNI y de certificado de nacimiento).
- Certificado de Discapacidad vigente emitido por Hospital Público.
- Certificado de soltería (negativa de casamiento).
- Certificación negativa de ANSES del postulante.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a **IOMA Central**.

Ingresará por **Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección Afiliaciones**, Área Analítica en donde se evaluará si la presentación se encuentra justificada dentro de Resoluciones vigentes y completa. En caso de los incisos D y K se eleva a Programas Específicos (sólo la primera vez).

La renovación es anual, y se realiza en la Dirección de Afiliaciones, solamente con la negativa del ANSES.

Si la presentación la realizó un afiliado obligatorio se emite "credencial de IOMA". Si la presentación la realizó un afiliado voluntario se emite "Boleta Credencial". Ambos se girarán, según el caso, a la **Delegación o Región** correspondiente a fin de ser entregado al afiliado.

¿Tienen Periodo de Carencia?

En caso de tratarse de una solicitud de afiliación por afiliado obligatorio, una vez obtenida la credencial, no tiene periodo de carencia.

En caso de tratarse de una solicitud de afiliación por afiliado voluntario, una vez obtenida la Boleta Credencial tiene carencia en ciertos casos (consultar en IOMA Central).

¿Quién inicia el trámite?

El trámite lo inicia el afiliado en la Delegación o Región más cercana a su domicilio.



Todo trámite del Artículo 19 debe ingresar en forma separada de todo otro trámite.



Si el afiliado directo es obligatorio el indirecto debe tener más de 60 años.

Si el afiliado directo es voluntario el indirecto debe tener más de 60 y menos de 66.

anestesiología

Anestesiología

En Regiones con Convenio con Anestelistas



En Regiones sin Convenio con Anestelistas



Documentación para Regiones sin convenio y/o Anestelistas no prestadores

- **Documentación básica.**
- Recibo de pago o factura.
- Protocolo quirúrgico.

Prestación	Cobertura
Incluye anestesia en Internación y prácticas ambulatorias.	Con anestelistas con convenio 
	Con anestelistas sin convenio  

¿Qué tiene que hacer el afiliado?

En Regiones con convenio: concurrir con la orden médica directamente al Centro prestador y realizarse la práctica.

En Regiones sin convenio: iniciar el trámite de reintegro en la Delegación. El trámite no debe girarse a Sede Central, sino que se resuelve en la Delegación.



Regiones con convenio: en ningún momento se debe abonar suma alguna.

audífonos

Audífonos



Documentación

• Documentación básica.

- Informe de selección de audífonos con los porcentajes de discriminación y ganancia obtenidos en la prueba con y sin audífonos, con un mínimo de tres prótesis auditivas para la misma pérdida auditiva.
- Prescripción del especialista de oídos donde se detalle marca, modelo, tipo (retroauricular - intracanal), oído a equipar y diagnóstico.
- Resumen de historia clínica realizada por el especialista de oídos, donde conste tiempo de evolución, patologías agregadas, equipamiento previo y todo otro dato significativo.
- Presupuesto del audífono seleccionado.
- Logaudiometría.
- Audiometría tonal.

Prestación	Cobertura
Audífonos <ul style="list-style-type: none">• Retroauriculares• Retroauricular superpotentes• Intracanal	 

Diabetes

Insulina

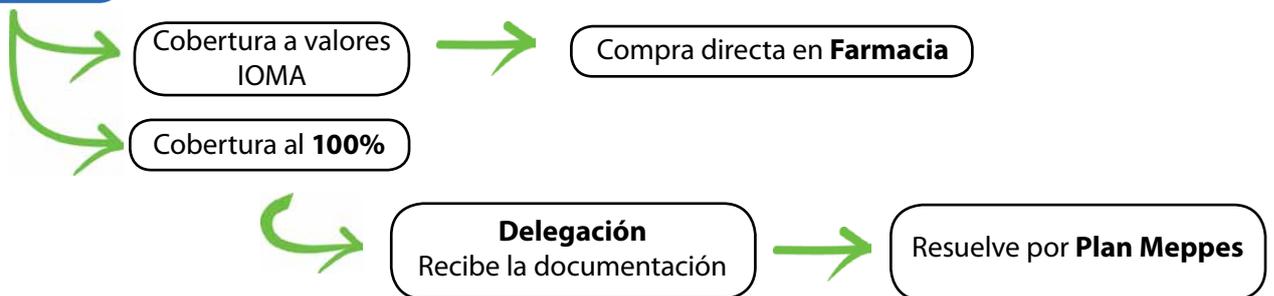


Bomba de infusión-Métodos de control de Glucemia-Accesorios-Diabetes Gestacional



Hipoglucemiantes Orales de 1° y 2° línea

1° línea (Metformina/Glibenclamida)



2° línea (En caso de que los de 1° línea no den resultado)



Documentación para el inicio del tratamiento

- **Documentación básica.**
- Receta.
- Resumen de Historia clínica en donde conste: detalle de tratamiento, evolución de la patología, tipo de diabetes, reseña de tratamientos anteriores si los hubo, comorbilidades (enfermedades relacionadas) que presenta.
- Dos glucemias en ayunas, con valores mayores de 126 mg % o una glucemia mayor de 200 mg %.
- Hemoglobina glicosilada (optativo).
- Talla, peso e índice de masa corporal.
- Fotocopia de estudios complementarios de comorbilidades, si las hubiere.

Prestación	Cobertura
<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insulina • Bomba de infusión de insulina e insumos • Métodos de control de glucemia (tiras) y accesorios (lapiceras, jeringas, agujas) • Hipoglucemiantes Orales 	 <p>Previa evaluación de Auditoría Médica</p> <p>En 1° línea: IOMA por Plan ambulatorio (compra directa en la Farmacia).</p> <p>En 1° y 2° línea: PM</p>

¿Qué documentación debe presentar para continuidad de tratamiento?

- **Documentación básica.**
- Receta.
- Resumen de Historia clínica en donde se detalle la evolución clínica del tratamiento.
- Última hemoglobina glicosilada realizada.

¿Qué documentación debe presentar para cambio de tratamiento?

- **Documentación básica.**
- Receta.
- Resumen de Historia clínica en donde consten los fundamentos del cambio de droga a utilizar y detalle del tratamiento previo.
- Cuadernillo de automonitoreo o reflectómetro.
- Última hemoglobina glicosilada.
- Fotocopia de estudios complementarios sobre las comorbilidades (fondo de ojos, función renal, etc.) si las hubiere.

¿Qué documentación debe presentar en caso de Diabetes Gestacional?

- **Documentación básica.**
- Receta.
- Resumen de Historia clínica en donde conste:
 - Prueba de tolerancia a la glucosa
 - Ecografía o test de embarazo

enfermedad de gaucher

Enfermedad de Gaucher



Prestación	Cobertura
Medicación importada	 

Documentación

- **Documentación básica.**

- Receta.
- Resumen de Historia Clínica donde se detallen los antecedentes familiares.
- Dosaje enzimático de diagnóstico.
- Comorbilidades.
- Peso y Talla.
- Fotocopia de Declaración Jurada de importación de drogas (perteneciente a la ANMAT).

Documentación para RENOVACIÓN

- **Documentación básica.**

- Receta.
- Resumen de Historia Clínica donde se detalle la evolución del tratamiento.
- Datos de laboratorio de control de tratamiento (fotocopia de estudios de control de tratamiento realizados, etc).
- Peso y talla.

¿Cómo es el circuito interno del trámite?

El afiliado inicia el trámite en su **Delegación**, desde donde es remitido a **IOMA Central**.

Si el trámite está completo la **Auditoría del DTC** realiza el informe determinando dosis y tiempo de autorización del medicamento en cuestión y es girado al **Directorio** para su consideración final.

Una vez autorizado, el trámite se gira junto con el presupuesto del laboratorio productor a la **Subdirección de Tesorería**, quien realiza la gestión correspondiente para la adquisición del medicamento.

Una vez adquirido, es el Laboratorio quien le entregará el medicamento al afiliado en su domicilio.

Los trámites se autorizan por seis meses, luego el afiliado solicita su renovación.

El afiliado que padezca esta enfermedad cuenta con el servicio de:



Central de Referencia para la contención, orientación y asesoramiento de un grupo específico de Afiliados con Patologías Crónicas Complejas y Beneficiarios de Planes Especiales de Atención. Dirigido tanto a estos pacientes como a su grupo familiar.

0221- 4259043 / 4295908

E-mail: iomamascerca@ioma.gba.gov.ar

Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hs

Estudios de Baja y Mediana Complejidad



Prestación	Cobertura
Incluye estudios de diagnóstico ambulatorios o por internación (detalle de estudios en el sitio de IOMA)	
Mediana Complejidad	
Baja Complejidad <ul style="list-style-type: none"> Afiliados La Plata y Ensenada Afiliados interior (bono único para todas las prácticas) 	

Documentación

- **Documentación básica.**
- Orden de estudio de Baja complejidad (completada por el médico).
- Resumen de Historia Clínica.

¿Cómo se autorizan los estudios ambulatorios?

El afiliado asiste a su médico, quien le completa la orden de estudio de baja complejidad, informando diagnóstico y resumen de historia clínica.

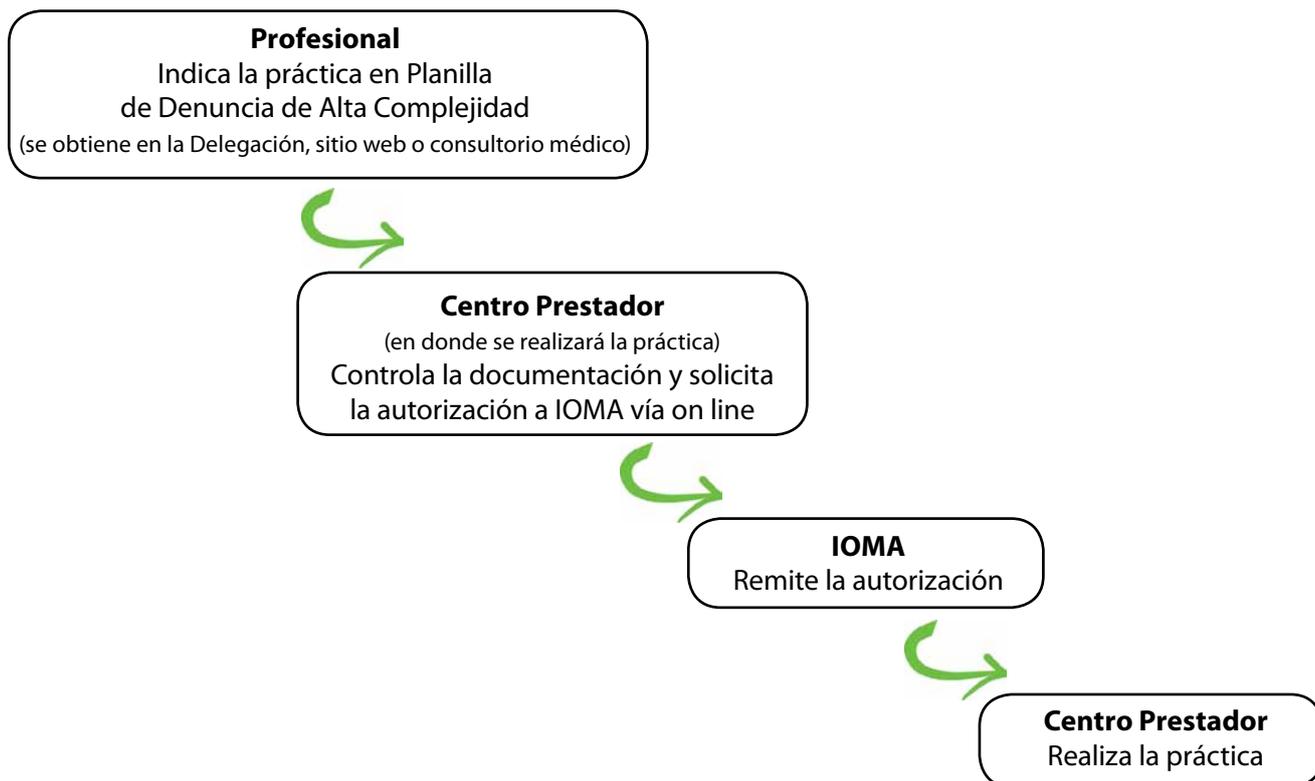
Luego elige al prestador en donde se realizará la práctica y consulta la categoría del profesional (para el caso de las prácticas de Baja complejidad).

Se dirige a la Boca de Expendio o Círculo Médico con la documentación necesaria, en donde se controla la documentación y la orden firmada por el profesional y se emite el bono de práctica.

Con el bono autorizado concurre al prestador para realizarse la práctica.

alta complejidad

Estudios de Alta Complejidad



Prestación	Cobertura
Estudios de diagnóstico ambulatorios o por internación (detalle de estudios en el sitio de IOMA)	

Documentación

- **Documentación básica.**
- Planilla de Denuncia de Alta Complejidad.
- Historia Clínica.
- Estudios previos (si fuera necesario).



El afiliado no debe abonar suma alguna. Caso contrario debe exigir la factura y notificarlo en la Delegación.

¿Cómo autoriza los estudios ambulatorios?

El afiliado debe retirar de su Delegación o bajar del sitio web de IOMA la Planilla de Denuncia de Alta Complejidad. Para imprimirla debe ingresar en Estudios de Alta Complejidad y luego en Requisitos.

Luego debe concurrir a su médico, quien le completará dicha planilla de alta complejidad, le realizará un resumen de historia clínica y le indicará que reúna estudios previos, si correspondiera.

El afiliado elige el prestador para su estudio y se presenta con la documentación necesaria.

El prestador controla la documentación, requisitos y planilla de alta complejidad detallada y firmada por el profesional.

Otorga el turno para el estudio a partir de las 72 hs. de haber asistido el paciente al centro.

Solicita al IOMA, vía sitio Web, la autorización correspondiente.

El IOMA, desde la Sede Central, controla la documentación enviada y remite la autorización.

Si es negativa y agotadas las vías de reconsideración, se avisa al prestador para que se contacte con el afiliado y le comunique que su estudio está momentáneamente suspendido. En la Delegación o Región, un médico auditor le explica los motivos o se

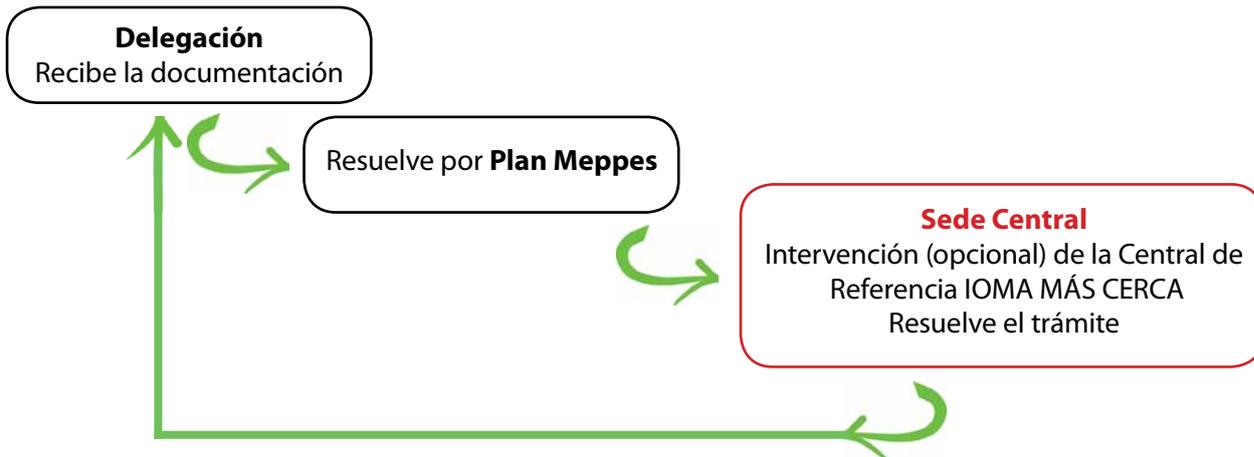
contacta con el médico tratante con el fin de evaluar el caso en forma personal.

¿Cómo deben proceder los afiliados de Capital Federal?

Si la práctica se realiza en la Fundación Favalaro o en Investigaciones Médicas, la autorización es igual que en el resto de la provincia.

Si se realiza en el Hospital Italiano, Instituto Cardiovascular Buenos Aires, Sanatorio Güemes, Clínica La Sagrada Familia, Clínica del Doctor Negri o S.I.T.O., la Planilla de Alta Complejidad se presenta en la Región para su autorización previa.

Fibrosis Quística y Esclerosis Múltiple



Prestación	Cobertura
Fibrosis Quística: Medicación	PM 100% o A por trámite
Esclerosis Múltiple Medicación: Interferones y Copolímeros	PM 100%

Documentación para Fibrosis Quística

- **Documentación básica.**

- Historia Clínica.
- Diagnóstico.
- Historia clínica (para la renovación deberá actualizar la Historia Clínica).
- Estudios complementarios (si los hubiera).

Documentación para Esclerosis Múltiple

- **Documentación básica.**

- Planilla de Denuncia de Alta Complejidad.
- Historia Clínica.
- Resonancia Cerebral.
- Datos de Laboratorio (VDRL- HIV, IgG en LC Raquídeo, Vitamina V12, Ácido fólico, FAN, Anticardiolipinas, ERS, Colesterol total).
- En paraparesias espásticas (HTLV 1 y 2).

El afiliado que padezca esta enfermedad cuenta con el servicio de:



Central de Referencia para la contención, orientación y asesoramiento de un grupo específico de Afiliados con Patologías Crónicas Complejas y Beneficiarios de Planes Especiales de Atención. Dirigido tanto a estos pacientes como a su grupo familiar.

0221- 4259043 / 4295908

E-mail: iomamascerca@ioma.gba.gov.ar

Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hs

fonoaudiología

Fonoaudiología



Documentación para Audiología y Foniatría

• Documentación básica.

- Orden de derivación extendida por profesional médico u odontólogo en donde conste:
 - Datos del afiliado.
 - Fecha en que se extiende la orden.
 - Diagnósticos.
 - Cantidad de sesiones.
 - Firma, sello y matrícula.



El afiliado sólo debe abonar el valor estipulado en el bono.

1. AUDIOLOGÍA

Prestación	Cobertura
Audiometría tonal en adultos, Audiometría tonal en niños y otras discapacidades asociadas, Logaudiometría, Pruebas supraliminares, Impedanciometría y Timpanometría, Selección de otoamplifonos y Otoemisiones acústicas.	 El valor del bono difiere según el trastorno o prueba audiológica.

¿Qué tiene que hacer el afiliado para acceder a la prestación?

- Concurrir al consultorio del fonoaudiólogo prestador con la indicación médica del tratamiento a realizar.
- El profesional se encarga de autorizar la práctica indicada en la AFALP, la cual se otorga en forma inmediata.
- Adquirir y abonar el bono en el consultorio, al momento de la prestación.

Se autorizan 2 prácticas anuales. Para las subsiguientes es necesario presentar historia clínica que justifique la realización del tratamiento.

2. FONIATRÍA

Prestación	Cobertura
Incluye todas las prácticas agrupadas en 4 módulos de acuerdo al grado de complejidad que presente la patología.	 Válido por 8 sesiones. Módulo IV no paga bono y es válido por 12 sesiones.

¿Qué tiene que hacer el afiliado para acceder a la prestación?

- Concurrir al consultorio del fonoaudiólogo prestador con la indicación médica del tratamiento a realizar.
- El profesional se encarga de autorizar la práctica indicada.
- Adquiere y paga en el consultorio un bono, el cual le vale por 8 sesiones. El único módulo en donde no se paga bono es en el módulo IV, ya que está integrado por trastornos que requieren presentar certificado de discapacidad y es válido por 12 sesiones.

Modulo I

Edad mínima: 3 años

Duración de tratamiento: 5 meses por patología única y 10 meses con más de una patología.

Prácticas que agrupa:

- Dislalias (edad mínima 4 años.)
- Deglución atípica – clase III de angle (renovable con Historia Clínica).
- Respiración bucal.
- Disfunción tubaria.
- Trastorno práxico orofacial.
- Disfunción de la ATM .
- Rinolalia.
- Insuficiencia respiratoria nasal.
- Incompetencia velo-faríngea.

Módulo II

Duración del tratamiento: 10 meses. Renovable con ampliación de Historia Clínica y justificación médica.

Prácticas que agrupa:

- Atención temprana del desarrollo infantil (0 a 3 años.)
- Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje.
- Disfluencia.
- Trastorno específico del lenguaje con patología y/o asociado.
- Disartria.
- Afasia.
- Trastornos de aprendizaje.
- Trastornos del lenguaje por patología auditiva de tipo neurosensorial.

Módulo III

Duración del tratamiento: 6 meses. Renovable con ampliación de Historia Clínica y justificación médica.

Prácticas que agrupa:

- Reflujo gastro-esofágico.
- Disfagia.
- Fisura labio-alveolo-palatina (0 a 15 años) en bloques de 4 meses renovables con Historia clínica.
- Disfonía (no incluye docentes en actividad por estar contemplada en la Aseguradora de Riesgo de Trabajo como enfermedad laboral).
- Rinofonía.
- Laringectomizado.

Módulo IV: Discapacidad

A la documentación necesaria (antes detallada) debe anexarle el Certificado de Discapacidad.

Submódulo A

Prácticas que agrupa:

- Evaluación de la percepción del habla y del lenguaje, del sonido en bebés, niños y adultos, con diagnóstico de Hipoacusia Neurosensorial leve, moderada, severa y profunda, equipados con Implante Coclear, Otoamplifonos y/o bebés, niños y adultos sin equipamiento de ayuda auditiva.
- Rehabilitación de Trastorno del lenguaje por patología auditiva de tipo Neurosensorial leve, moderada, severa y profunda, en niños y adultos.
- Rehabilitación auditiva en bebés, niños y adultos, con diagnóstico de Hipoacusia Neurosensorial leve, moderada, severa y profunda, equipados con Implante Coclear.
- Rehabilitación auditiva en bebés, niños y adultos, con diagnóstico de Hipoacusia Neurosensorial leve, moderada, severa y profunda, equipados con Otoamplifonos.
- Rehabilitación auditiva en bebés, niños y adultos con diagnóstico de Hipoacusia Neurosensorial leve, moderada, severa y profunda equipados con Implante Coclear y/u Otoamplifonos.
- Estimulación auditiva en bebés, niños y adultos con diagnóstico de Hipoacusia Neurosensorial leve, moderada, severa y profunda, equipados con Implante Coclear y/u Otoamplifonos.
- Terapia Auditiva Verbal.

Submódulo B

Prácticas que agrupa:

- Síndromes genéticos con déficit asociados.
- Trastornos Generalizados del Desarrollo y patologías del espectro autístico.
- Patologías Neuromotoras.
- Discapacidad visual con déficit agregado.
- Retraso global del desarrollo (trastornos del lenguaje, de atención, de memoria, perceptuales y cognitivos). Edad tope de diagnóstico: hasta 5 años.

hemodiálisis

Hemodiálisis

Centro de Diálisis
Recibe la documentación



Realiza la práctica

Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none">• Accesos vasculares• Provisión de medicamentos específicos• Material descartable• Traslados desde el domicilio del afiliado hasta el Centro y retorno• Honorarios de los profesionales intervinientes	

Documentación

- **Documentación básica.**
- Orden de práctica médica.

¿Qué debe hacer el afiliado para acceder a esta prestación?

Debe acudir al Centro de Diálisis con la documentación necesaria.



Para medicamentos en Centros sin convenio:

Por Plan MEPPES se entrega Eritroproyetina

Por Plan Ambulatorio el resto de los medicamentos

Delegación
Recibe la documentación



Resuelve por **Plan Meppes**,
vía on line

Prestación	Cobertura
Medicamentos para la patología y en las enfermedades oportunistas.	 

Documentación para el inicio del tratamiento

- **Documentación básica.**
- Receta.
- Estudios de diagnóstico Western Blott.
- Carga viral – CD4.
- Historia Clínica.
- Fotocopia de estudios realizados por patología asociada.

Documentación para la RENOVACIÓN (continuidad del tratamiento)

- **Documentación básica.**
- Receta.
- Carga viral actualizada.
- CD4.
- Historia Clínica.
- Por cambio de esquema: justificación médica.

internación

Internación

En Prestadores de la Provincia de Buenos Aires

Clínica o Sanatorio elegido
Solicita autorización vía on line



Se procede a la internación

Documentación

- **Documentación básica.**
- Orden de internación prescripta por su médico.

En prestadores de la Ciudad Autónoma de Bs. As. para los afiliados de la Ciudad Autónoma

Región Capital Federal

Recibe la documentación y tramita la autorización



Se procede a la internación

Documentación

- **Documentación básica.**
- Orden de internación prescripta por su médico.
- Planilla de Alta Complejidad (que se imprime desde el sitio web de IOMA) si la prestación así lo requiere.

En prestadores de la Ciudad Autónoma de Bs. As. para los afiliados del interior

Delegación que corresponda

Tramita la derivación a la Región Capital Federal



Región Capital Federal

Recibe la documentación y tramita la autorización



Se procede a la internación

Documentación

- **Documentación básica.**
- Orden de internación prescripta por su médico.
- Planilla de Alta Complejidad (que se imprime desde el sitio web de IOMA) si la prestación así lo requiere.

Prestación	Cobertura
<p>Comprende internaciones clínicas y quirúrgicas con los profesionales y las instituciones adheridas incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica • Cirugía general convencional y laparoscópica • Atención de la embarazada y el recién nacido • Artroscopia • Endoscopías terapéuticas • Neonatología • Unidad de cuidado intensivo • Unidad Coronaria • Prácticas y exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento • Habitación compartida • Medicamentos durante la internación • Material descartable • Acompañante: internaciones pediátricas (niños hasta 12 años inclusive) • Hemoterapia y transfusiones: incluye recuperación de sangre intraoperatoria, previa autorización: plaquetoféresis, plasmaféresis, leucoaféresis. La reposición de sangre es a cargo del paciente • Servicio de guardia médica: con bono básico en atención médica. • Grandes quemados • Tratamientos oncológicos en internación 	<p>En Prestadores de la Pcia. de Buenos Aires</p>   <p>En prestadores de la Ciudad Autónoma de Bs. As. para los afiliados de la misma</p>  

¿Qué tiene que hacer el afiliado?

En Prestadores de la provincia de Buenos Aires:

Al momento de internarse, concurrir directamente a la Clínica o Sanatorio elegido con la documentación necesaria.

El Sanatorio solicita vía web la autorización y comunica la fecha de internación.

El afiliado no debe realizar ningún trámite, salvo que las prestaciones requeridas no se encuentren contempladas en los convenios vigentes. En ese caso, debe iniciar un trámite.

En prestadores de la Ciudad Autónoma de Bs. As., para los afiliados de la Ciudad Autónoma:

Debe concurrir a la Región Capital Federal con la documentación necesaria y la Región se encarga de tramitarla.

En prestadores de la Ciudad Autónoma de Bs. As., para los afiliados del interior:

Debe solicitar la **derivación** en su Delegación y concurrir con la misma y la documentación necesaria a la Región Capital Federal.

En caso de **internación de urgencia**, la Región Capital Federal se encarga de tramitar la **derivación** y la autorización correspondientes, solicitándola en forma on line en Sede Central. El acompañante del afiliado va directamente a la Región Capital luego de realizar la internación y solicita la Derivación.

Derivaciones: cobertura según **Resolución 5590/09**.



El afiliado no debe pagar suma alguna.

Clínica o Sanatorio elegido
Solicita autorización vía on line



Se procede a la internación

Prestación	Cobertura
<p>Comprende la internación en las siguientes patologías:</p> <p>Cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos hemodinámicos (diagnósticos y terapéuticos): Estudios por cateterismos (individuales, combinados) y Angioplastia transluminal (central y periférica). • Ablación por radiofrecuencia. • Colocación de marcapasos (definitivo, bicameral) . • Colocación de cardiodesfibrilador implantable. • Cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea. • Cirugía vascular periférica. • Valvuloplastia . • Biopsia cardíaca por cateterismo. Para éste último caso se requiere autorización previa por auditoría médica especializada. <p>Neurocirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsia estereotáxica de SNC. • Cirugía de aneurismas de arterias cerebrales o embolización de los mismos . • Craneoplastia, desplaquetamientos, cirugía de los pares craneales, fracturas – hundimientos. • En caso de solicitar Prótesis o Implantes de colocación interna permanente en internación, se prevé una cobertura del 100 % del valor tabla. Para esto se requiere autorización previa por auditoría médica especializada (ver detalle de la cobertura en “Prótesis en internación”). 	

Documentación

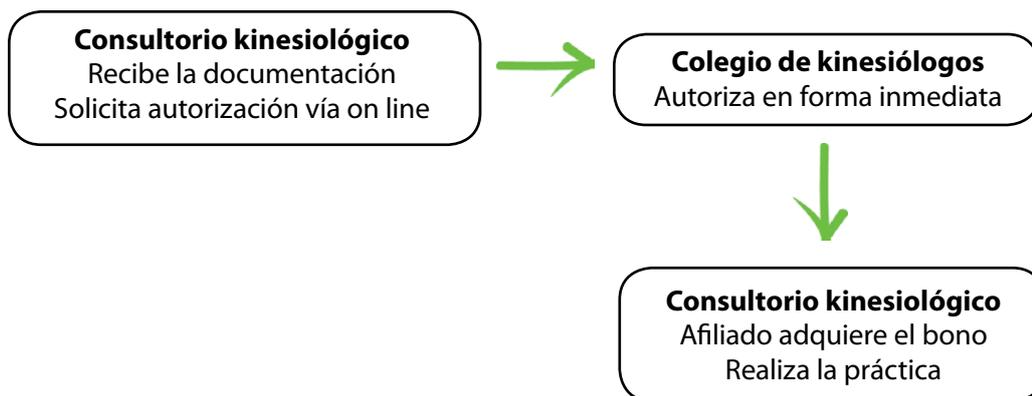
- **Documentación básica.**
- Orden de internación prescripta por su médico.

¿Qué tiene que hacer el afiliado?

Concurrir directamente a la Clínica con la orden de internación y la Institución se encarga de tramitar la internación.

kinesiología

Kinesiología



Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none">• Kinesiología (incluye Kinesiología domiciliaria)• Fisioterapia	

Documentación

- **Documentación básica.**
- Orden médica.
- Resumen de historia clínica según el módulo correspondiente.

¿Qué tiene que hacer el afiliado?

Presentarse en el consultorio del profesional adherido y adquirir el bono correspondiente, el cual se abona en el consultorio.

- Bono de prestación kinésica, primeras 10 sesiones.
- Bono por 5 sesiones hasta completar el módulo.



El afiliado sólo debe abonar el valor del bono.

¿Cómo es el procedimiento para la autorización?

Cuando el afiliado se presenta en el consultorio kinesiológico, presenta la documentación y el profesional se ocupa de solicitar la autorización de la prestación (vía telefónica o web) al Colegio de Kinesiólogos. Una vez autorizada le emite el bono al afiliado y le realiza la práctica.

¿Cómo es el procedimiento para los afiliados de Capital Federal?

Si el afiliado va atenderse en consultorios particulares de kinesiólogos, la cobertura tiene la misma modalidad que en el resto de la provincia.

Si concurre a kinesiólogos del Sanatorio Güemes o del Hospital de Clínicas, debe solicitar la autorización previa de la práctica en la Región Capital Federal. La misma es gratuita y el afiliado no abona nada, tanto en la Región como en el consultorio.

Más detalles de la cobertura:

Las prestaciones se agrupan en Módulos conformados de acuerdo a la patología, la evolución y la edad del afiliado.

MÓDULO 1

Comprende la rehabilitación de: Artralgias en general, artrosis, artritis.

Alteraciones del raquis (cifosis, lordosis, escoliosis). Alteraciones del eje de los miembros en caderas, rodillas y pies. Lesiones musculares y articulares. Discopatías no quirúrgicas. Patologías reumatológicas en mayores de 18 años. Patología vascular sin compromiso neurológico.

Duración del tratamiento: hasta 30 sesiones anuales, no más de 10 sesiones por mes, con 2 (dos) módulos de 10 sesiones y 2 (dos) módulos de 5 sesiones.

Frecuencia del tratamiento: no más de 3 veces por semana.

MÓDULO 2

Comprende la rehabilitación de: Artroplastías en general (fracturas intra y extra articulares con o sin osteosíntesis); cirugías en general; afecciones respiratorias en el niño y en el adulto; tortícolis congénitas; parálisis braquial obstétrica; afecciones de los nervios periféricos en mayores de 18 años; patología vascular con compromiso neurológico en pacientes mayores de 18 años; parálisis faciales periféricas o post quirúrgicas; quemados; amputados y accidente cerebro vascular (ACV) cuya evolución sea mayor a los 3 años.

Duración del tratamiento: hasta 40 sesiones anuales, no más de 10 sesiones por mes, con 3 (tres) módulos de 10 sesiones y 2 (dos) módulos de 5 sesiones.

Frecuencia del tratamiento: no más de 3 veces por semana.

MÓDULO 3

Comprende la rehabilitación de: alteraciones congénitas y desviaciones del raquis en pacientes hasta los 18 años; alteraciones de los nervios periféricos, como secuelas de cirugías o por compresión, ya sea en miembros superiores o inferiores en pacientes hasta los 18 años; patología vascular con compromiso neurológico en pacientes hasta los 18 años y grandes traumatizados.

Duración del tratamiento: hasta 50 sesiones anuales, no más de 10 sesiones mensuales.

Frecuencia del tratamiento: no más de 3 veces por semana.

MÓDULO 4

Comprende la rehabilitación de: patologías neurológicas neonatales; alteraciones madurativas con o sin secuela motora; ACV, durante los 3 primeros años de evolución; enfermedades desmielizantes; cuadriparesias; lesionados medulares; síndromes extrapiramidales; esclerosis múltiple y distrofias.

Duración del tratamiento: hasta 70 sesiones anuales, no más de 10 sesiones por mes.

Frecuencia del tratamiento: no más de 3 veces por semana.

MÓDULO 5

Comprende la atención domiciliaria:

Serán pasibles de tratamiento de rehabilitación domiciliaria aquellos pacientes con incapacidad de traslado, por la discapacidad que su patología le ocasiona, por lo que se encuentran imposibilitados de realizar una rehabilitación ambulatoria.

Comprende la rehabilitación en las siguientes patologías:

- Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central (S.N.C).
- Enfermedades desmielinizantes. Esclerosis lateral amiotrófica. Esclerosis múltiple.
- ACV en etapa flácida o espástica que no le permita la deambulación.
- Quemados severos con incapacidad que no le permita la deambulación.
- TEC grave y grandes traumatizados con polifracturas en miembros inferiores.
- Cuadruplejías y paraplejías severas por lesiones medulares.
- Afecciones respiratorias o cardiorrespiratorias cuya prescripción médica tenga contraindicado el traslado.
- Enfermedades reumatológicas invalidantes.
- Post quirúrgicos con afección de miembros inferiores que le impidan la deambulación, artroplastías de cadera y amputaciones en las primeras etapas post quirúrgicas.
- Otras enfermedades desmielinizantes.
- Síndrome de parálisis del tronco cerebral.
- Miopatías y neuromiopatías (enfermedades de la unidad motora).

Duración del tratamiento: hasta 12 sesiones mensuales.

Afiliados de Capital Federal: este último módulo (5) no tiene cobertura para Capital Federal. En caso de requerir atención domiciliaria deben solicitar un Trámite de Excepción.

Una vez agotados los módulos correspondientes, puede solicitar la continuidad de tratamiento mediante un **Trámite de excepción** (vía autorización o reintegro). El mismo queda a consideración de la Auditoría kinésica.

Documentación necesaria para Trámite de excepción:

- **Documentación básica.**
- Orden médica.
- Resumen de historia clínica.
- Comprobante del consumo anual agotado. Este es solicitado desde la Delegación de IOMA al COKIBA.
- Estudios complementarios.
- En caso de reintegro: factura original y planilla de asistencia con firma de conformidad de afiliado.

Técnicas incluidas en las Prácticas de Kinesioterapia y Fisioterapia

Kinesioterapia

- Técnicas de manipulación, Masoterapia, Técnicas de relajación, Tracciones cefálicas y podálicas, Técnicas de gimnasia correctiva y reeducación postural (RPG).
- Reeduaciones respiratorias y cardiorrespiratorias, Técnicas de vibración, percusión y de avensamiento.
- Osteopatía. 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.

Fisioterapia

- Agentes de fisioterapia, Electroterapia, Corrientes analgésicas Teens, Corrientes de tonificación y protección muscular, interferenciales, cuadrangulares y rectangulares, Electroestimulación, Biosfeedback, Galvanismo, Iontoferesis, Ultrasonoterapia, Infrarrojo, Ultravioleta, Láser, Onda corta, Magnetoterapia, Crioterapia, Rehabilitación en el agua a través de la Hidroterapia.
- Utilización de Técnicas de Humidificación, nebulizadores comunes o ultrasónicos.
- Utilización de elementos de ayuda para la remoción de secreciones. Y todo agente físico reconocido, con finalidad terapéutica y que pueda incluirse en el tratamiento de reeducación kinésica.

Prestación	Cobertura
<p>Medicamentos ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para Patologías prevalentes y de curso crónico, teniendo presente las primeras líneas de tratamiento. • Medicamentos para TBC, lepra, miastemia gravis y toxoplasmosis. • Medicamentos para tratamientos de enfermedades que requieren medicación de alto costo y para patologías especiales o de alto impacto sobre la salud (oncológicos, HIV, esclerosis múltiple, osteoporosis, afecciones psiquiátricas, etc). • Toda medicación incluida en el protocolo oncológico. • Medicamentos durante una internación. 	<p>Promedio de cobertura del 70%, este porcentaje se aplica al genérico de menor valor en el mercado y asegurada disponibilidad, por lo que resulta un monto fijo de descuento.</p> <p> (según valores establecidos por Resolución)</p> <p>  </p> <p> </p>

Indicaciones generales para trámites de solicitud de medicamentos

- 1- El afiliado debe aportar todos los datos relevantes para el trámite (estudios de diagnósticos al inicio y controles de laboratorio u otros estudios realizados), a los fines de que no se retrase el circuito de cada trámite.
- 2- Si el trámite se encuentra incompleto el DTC lo comunicará por nota a la Región, solicitando el envío de los datos faltantes. No obstante ello, si el requerimiento del medicamento no se encuentra debidamente fundamentado, la auditoría médica puede sugerir al Directorio su denegatoria por este motivo.
- 3- Los trámites de excepción deben renovarse como tal, por lo tanto son siempre centralizados.
- 4- **La receta original debe quedar siempre en poder del afiliado, adjuntando para el inicio del trámite una fotocopia de la misma.**
- 5- Fotocopia de los estudios de control de tratamiento necesarios para el trámite de solicitud de medicamento.
- 6- La solicitud de mayor cobertura, constituye un trámite de excepción. La misma debe contar con la solicitud por escrito del afiliado, así como toda documentación que acredite dicha solicitud.
- 7- Validez de los recetarios: agudos y crónicos 30 días.
- 8- Todos los medicamentos deben ser recetados por su nombre genérico.

Plan MEPPES



Prestación	Cobertura
Medicamentos de elevado costo para patologías especiales o de alto impacto sobre la salud	 

¿Qué es el Plan MEPPES?

El Plan MEPPES es un sistema de autorización y control médico e informático para la realización de los trámites y el seguimiento de la entrega de medicamentos de ciertos medicamentos (ver listado más abajo). Esta modalidad permite disminuir los tiempos de espera ya que el trámite se carga en las Regiones y la auditoría se realiza vía on - line en la Sede Central. A fin de garantizar una mejor calidad en el servicio prestacional, el convenio establece que tanto el trámite como la dispensación de medicamentos se obtengan en la localidad de residencia, no siendo necesario trasladarse a la sede Central del IOMA.

¿De dónde se retira la medicación?

El IOMA cuenta en la actualidad con más de 1.500 farmacias que dispensan sus medicamentos.

Los laboratorios tienen la responsabilidad de proveer los medicamentos y las farmacias tienen la obligación de dispensarlo.

¿Qué tiene que hacer el afiliado?

Presentar la documentación necesaria en su Delegación. Una vez autorizado, se le entregan las órdenes (su cantidad dependerá de los meses por los cuales fue autorizado) para que el médico de cabecera las firme y selle. Con las mismas, concurre mensualmente a la farmacia.

¿En qué recetario debe realizar la receta el médico?

Las prescripciones pueden realizarse en recetarios Agudos o SAMO cuando corresponda.

La obra social entrega al afiliado la receta autorizada por el Plan MEPPES, vía on line, para presentarla en la farmacia (ésta es la que tiene validez).

El afiliado concurre todos los meses a su médico de cabecera con las recetas pre-impresas de IOMA con lo indicado por el médico, quien deberá verificar los datos, firmar y sellar la receta.

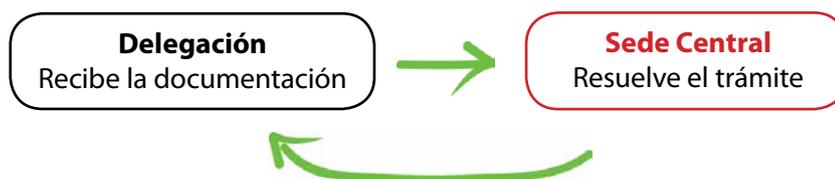
Listado de Patologías MEPPES y situaciones especiales (ordenado por especialidad)

- Cardiopatías congénitas.
- Cardiopatía isquémica y angina inestable.
- Colagenopatías (cobertura de 2° a 4° línea de tratamiento): Artritis reumatoidea
 - 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, Blefaroespasmó 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.

obesidad

Obesidad



Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía Bariátrica• Balón Intragástrico• Cirugía Reparadora• Xenical (Orlistat 120 mg)	 <p>Previa evaluación de Auditoría Médica</p>

1. CIRUGÍA BARIÁTRICA

Documentación

- **Documentación básica.**

- Historia clínica completa: Evaluación de riesgo de enfermedad asociada junto al riesgo cardiovascular y pulmonar, documentado por estudios complementarios realizados.
- Documentación que avale el fracaso de por los menos dos tratamientos médicos anteriores, realizados en los últimos dos años.
- Evaluación nutricional: Consignar índice de masa corporal total, peso relativo, peso absoluto. Incluir comentario profesional sobre las posibles causas del fracaso de los tratamientos anteriores.
- Evaluación por médico especialista en endocrinología: Que descarte causas endócrinas de su obesidad, documentación clínica y de laboratorio.
- Evaluación Psicológica: Incluye una historia clínica completa.
- Actividad física: descripción de la actividad física desarrollada firmada por el centro o gimnasio en donde se la realice.
- Evaluación del estado actual: debe constar índice de masa corporal total, peso relativo, peso absoluto, evaluación actual de riesgo de enfermedades asociadas y sus tratamientos, junto al riesgo quirúrgico ya realizado y actualizado.
- Propuesta de tratamiento multidisciplinario posterior a la Cirugía Bariátrica: incluir actividad física, evolución de capacidad funcional para su realización, tratamiento dietario y tratamiento psicológico.
- Consentimiento informado refrendado por paciente y profesional con aclaración de la firma, lugar y fecha del acto.
- Acreditación del Jefe del equipo quirúrgico como especialista en cirugía y también acreditado por Colegio de Médicos y Sociedades Científicas y/o de sus integrantes en cuanto a experiencia profesional en este tipo de intervenciones (por vía laparoscópica o tradicional) y antecedentes curriculares (cursos, congresos, jornadas y otras actividades científicas).
- Informe detallado del equipamiento médico e instrumental para efectuar la intervención quirúrgica. Se deberá requerir registro del mismo ante el IOMA.

2. BALÓN INTRAGÁSTRICO

Documentación

• Documentación básica.

- Indicación del Balón Intragástrico a cargo de Médico Especialista en Obesidad o Nutrición.
- Historia Clínica donde consten tratamientos anteriores, historia de fracasos terapéuticos y comorbilidades asociadas a su obesidad (Hipertensión, dislipidemia, diabetes, síndrome de resistencia a la insulina, síndrome metabólico, patologías articulares que discapaciten al paciente por ejemplo artrosis de rodilla, cadera).
- Copia del gráfico donde conste la evolución del descenso de peso del paciente en los últimos 6 meses; previos a la indicación del tratamiento con balón intragástrico. Certificado por el mismo profesional que indica la práctica. En el mismo se debe considerar como fracaso terapéutico: descenso de peso no mayor al 10% de su peso inicial y el no control de patologías asociadas a su obesidad, (por ejemplo diabetes no controlada), que signifiquen un riesgo mayor en la salud del paciente.
- Informe del Profesional Especialista en Salud Mental que permita descartar las patologías que interfieran negativamente con el tratamiento con BI, documentadas mediante las siguientes escalas diagnósticas: BDI (Beck Depresión Inventor), HSCL 90-R (Hopkin Symptom Checklist), WHOQOL (Escala de Calidad de Vida, OMS, versión breve), M.I.N.I plus versión en español (entrevista estructurada según DSM IV).
- Consentimiento informado para la colocación del BI.
- Presupuesto del procedimiento/Adhesión a la Resolución.
- Presupuesto del Balón.
- Certificación afiliatoria al IOMA.
- Para la extracción del BI se solicitará indicación del procedimiento, a cargo del Médico Nutricionista, con Historia Clínica de evolución del cuadro.

¿Qué alcance tiene la cobertura?

Colocación del Balón Intragástrico y seguimiento multidisciplinario hasta seis meses

Incluye:

- Evaluación Nutricional y del Procedimiento.
- Honorarios del Endoscopista.
- Derechos de Aparatología.
- Derechos Sanatoriales.
- Recuperación post colocación.
- Medicación anestésica.
- Material Descartable.
- Balón Intragástrico (Dispositivo aprobado por ANMAT, FDA ó CE).
- Honorarios del Anestesiólogo.
- Todos los controles clínico nutricionales necesarios hasta los seis meses o retiro del BI (Honorarios del Equipo Multidisciplinario -Nutricionista, Especialista en Salud Mental).

Extracción del Balón Intragástrico y seguimiento multidisciplinario hasta un mes posterior a la extracción

Incluye:

- Honorarios del Endoscopista.
- Derechos de Aparatología.
- Derechos Sanatoriales.
- Recuperación post extracción.
- Medicación anestésica
- Material Descartable.
- Set de Extracción.
- Honorarios del Anestesiólogo.
- Todos los controles clínico nutricionales necesarios hasta un mes (Honorarios del Equipo - Multidisciplinario - Nutricionista, Especialista en Salud Mental).

3. CIRUGÍA REPARADORA

Documentación

- **Documentación básica.**
- Historia Clínica.
- Orden médica.
- Estudios complementarios.
- Presupuesto.

4. ORLISTAT (XENICAL)

Documentación

- **Documentación básica.**
- Historia clínica con valoración nutricional (peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de la cintura).
- Historia dietética.
- Laboratorio: hemograma, glicemia, urea, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, TG, ácido úrico, hepatograma, insulínemia, HOMA; que justifique síndrome plurimetabólico.
- Examen cardiovascular.
- Ecografía abdominal.
- Plan alimentario que se realiza actualmente donde conste que el aporte de la grasa sea mayor al 30% (fórmula sintética y desarrollada).
- Plan de actividad física que se realiza actualmente.
- Receta.

Odontología

Para prácticas que requieren bono

Consultorio Odontológico
Afiliado adquiere el bono



Profesional
Realiza la práctica

Para prácticas cubiertas por Reintegro o Autorización

Delegación
Recibe la documentación



Sede Central
Resuelve el trámite



Documentación necesaria en caso de requerir AUTORIZACIÓN

- **Documentación básica.**
- Historia Clínica.
- Estudios complementarios.
- Presupuesto.
- Ficha odontológica.
- Radiografía o estudios anteriores, en caso de ser necesario.

Documentación necesaria en caso de requerir REINTEGRO

- **Documentación básica.**
- Historia clínica.
- Ficha odontológica.
- Radiografía o estudios anteriores, en caso de ser necesario.
- Nota de solicitud de reintegro.
- Presupuesto.
- Factura original o recibo profesional equivalente (B o C), cumpliendo los requisitos exigidos por normas de facturación emanadas de la AFIP, debidamente conformado.
- Planilla de Autorización de Transferencia Cuenta BAPRO para su cobro, adjuntando ticket emitido por cajero automático donde conste número de cuenta y sucursal bancaria o en su caso constancia de CBU.
- Auditoría odontológica post-operatoria que certifique la patología.

Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas • Odontología preventiva • Operatoria • Endodoncia • Cirugía • Odontopediatría • Radiología 	 1 por mes calendario. Válido para 5 prácticas
<ul style="list-style-type: none"> • Restauración con material fotopolimerizable (cualquiera sea el material utilizado) • Tratamiento de conducto • Extracciones (simples y piezas dentarias retenidas) 	Se abona un valor predeterminado

¿Qué tiene que hacer el afiliado para acceder a esta prestación?

Concurrir directamente al consultorio odontológico, en donde se adquiere y abona el bono.

Prácticas cubiertas por Reintegro o Autorización

Requieren del inicio de un trámite:

- Prótesis parcial removible de acrílico superior o inferior.
- Prótesis parcial removible de cromo cobalto superior o inferior.
- Ortodoncia (hasta los 15 años de edad).
- Perno muñón.
- Corona metalocerámica.
- Corona veener.
- Corona acrílica.
- Incrustación.
- Mantenedor de espacio (gasto de laboratorio).
- Rebasado de prótesis.
- Compostura.
- Estudio histopatológico.
- Placa neuromiorelajante.
- Periodoncia.

¿Cómo debe proceder en caso de requerir Cirugía buco máximo facial?

Esta práctica está excluida del Nomenclador Odontológico vigente y no se accede a través del bono de atención odontológica. En este caso podrá realizar un trámite de excepción por Reintegro o Autorización, quedando la resolución final a consideración del Directorio.

Reintegros y Auditorías odontológicas Afiliados de La Plata: se realizan únicamente en la Región La Plata de Avda 7 entre 41 y 42, en el horario de 8:30 a 14 hs.

Auditorías odontológicas Afiliados del interior: se realizan únicamente en los Hospitales Públicos con Servicio de Odontología.

1. PRÓTESIS SOCIALES ODONTOLÓGICAS

Consultorio Odontológico
Solicita autorización a IOMA



Afiliado
Adquiere bono para Prácticas protésicas

Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis completa en acrílico de termocurado para ambos maxilares en pacientes desdentados totales (sin límite de edad). • Prótesis completa superior o inferior en acrílico de termocurado (sin límite de edad). • Prótesis parcial en acrílico de termocurado para desdentado parcial anterior de tres o más piezas (sólo a partir de los 65 años). 	

¿Cómo se accede a la cobertura?

El afiliado debe concurrir al Odontólogo, quien solicitará la autorización a IOMA y posteriormente iniciará la rehabilitación oral. Para acceder a la cobertura de prótesis odontológicas, el afiliado debe adquirir un bono de prácticas para prótesis completas o para parciales removibles.

Cuando el afiliado concurre por primera vez al odontólogo, debe abonar un bono de consulta protésica. El trámite se resuelve en el consultorio odontológico, sin necesidad de concurrir a las oficinas de IOMA.

¿Quiénes acceden a la cobertura?

- Los afiliados mayores de 65 años que soliciten prótesis parcial para desdentado parcial anterior de tres o más piezas.
- Los pacientes desdentados totales sin límite de edad, no portadores de prótesis, que no hayan sido beneficiados por los Programas de Prótesis Sociales implementados anteriormente, ni por trámites de excepción presentados ante el IOMA por estas patologías en los últimos cinco años.

¿Qué profesionales están habilitados para brindar la prestación?

Por tratarse de una prestación compleja se habilitó a un número significativo de profesionales especialistas, mediante una evaluación de sus antecedentes. Esta selección garantiza una mejor calidad en la prestación a realizar. El listado de los profesionales, que representan a toda la provincia, está disponible para los afiliados en las Regiones, Delegaciones y en el sitio web de IOMA.

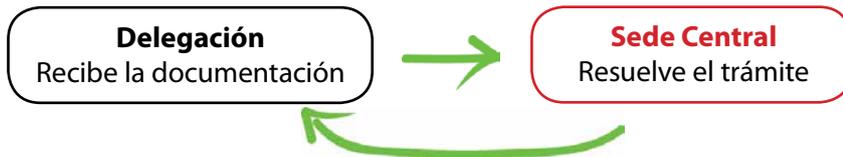
2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD ODONTOLÓGICA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD IOMA-FOPBA



Aquellos pacientes discapacitados que requieran atención odontológica cuentan con una cartilla de odontólogos especializados. Los mismos pueden consultarse en el sitio web de IOMA.

Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas • Odontología preventiva • Obturación • Tratamiento de conducto • Extracción • Odontopediatría • Radiología 	

Para acceder a la prestación, el afiliado concurre directamente al consultorio odontológico. Para cobertura de otras prácticas puede consultar las prestaciones en odontología a través del sitio web de IOMA.



Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> Lente de contacto blanda / blanda tórica / flexible / gas permeable Lentes para visión de lejos / Ayuda óptica cerca / Ayuda óptica lejos Prótesis ocular Standard / Prótesis ocular tipo cascarilla 	 o  directa
<ul style="list-style-type: none"> Cirugía de miopía y astigmatismo miópico Cirugías y tratamiento láser 	 con resolución final a cargo de Auditoría especializada
<ul style="list-style-type: none"> Campo visual computarizado 	 en Círculo Médico, Delegación o boca de expendio

¿Qué dioptrías tienen cobertura?

Lentes aéreas. Astigmatismo a partir de 1,5 dioptrías.

Lentes aéreas. 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 miópico.

No tiene cobertura en caso de astigmatismo puro hipermetrópico.

¿Cómo se hace para **RENOVAR** las lentes?

La renovación de las lentes de contacto y las de lejos puede efectuarla a partir de los 24 meses y en iguales períodos sucesivos. Estas prestaciones la tienen que autorizar previamente en la delegación del IOMA correspondiente

Documentación

- Documentación básica.**

- 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 solicitud de **reintegro** debe agregar:

- Recibo de Pago - Planilla de Autorización de Transferencia Cuenta BAPRO para su cobro, adjuntando ticket emitido por cajero automático donde conste número de cuenta y sucursal bancaria o en su caso constancia de CBU.

Prácticas, Internaciones y Consultas en Centros o Profesionales PRESTADORES

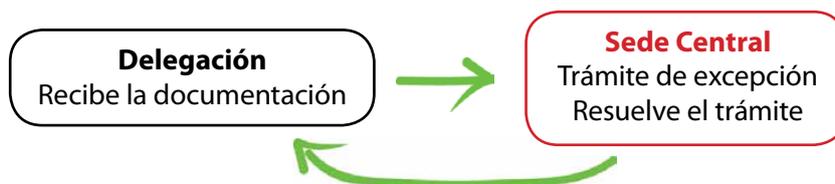


Documentación

- **Documentación básica.**

- Orden médica.
- En el caso de quimioterapia: fotocopia de receta MEPPES otorgada por IOMA para entregar al prestador.
- Diagnóstico histopatológico que confirme la patología a tratar o en su defecto, el Inmuno histoquímico.
- Estudios complementarios que estadifiquen la patología.

Prácticas, Internaciones y Consultas en Centros o Profesionales NO PRESTADORES



Documentación necesaria

- **Documentación básica.**

- Orden médica.
- Historia clínica.
- Estudios complementarios realizados.
- Protocolo de anatomía patológica.
- Presupuesto de la práctica a realizar.
- En caso de reintegros. Recibo de pago o Factura B o C original.

Para Medicación



Documentación necesaria

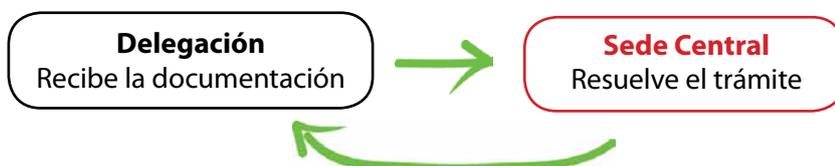
- **Documentación básica.**
- Diagnóstico histopatológico que confirme la patología a tratar o en su defecto, el Inmuno histoquímico.
- Estudios complementarios que estadifiquen la patología.
- Ficha oncológica con detalle de peso, talla y superficie corporal, detalle de los medicamentos, dosis, vías de administración y días de aplicación así como el intervalo interciclo y la cantidad de ciclos programados.
- Resumen de Historia clínica con detalle de peso, talla, superficie corporal y de las drogas utilizadas.
- Receta original, autorizada por IOMA.

Documentación para RENOVACIÓN

Debe presentarse en su Delegación con la siguiente documentación:

- **Documentación básica.**
- 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, autorizada por IOMA.

Radiocirugía y Radioisótopos



Documentación necesaria (No incluye los trámites por medicamentos)

- **Documentación básica.**
- Historia clínica.
- Fotocopia del informe del Protocolo de anatomía patológica.
- Especificar en una nota el número telefónico del afiliado y del médico prescriptor, para evitar demoras.
- La auditoría médica podrá solicitar documentación que respalde el caso, siempre que sea necesario.

Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> • 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 resulta 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 esterotaxia. • Tratamientos radio quirúrgicos intracerebrales y extracerebrales (vía excepción). 	<div style="text-align: center;">  </div> <p>La autorización la tramita el prestador</p>

¿Qué tiene que hacer el afiliado para iniciar un trámite en el Centro prestador de IOMA?

Debe concurrir al prestador elegido, profesional o institución, quien solicitará la autorización a IOMA vía on line. Para ello debe llevar la documentación necesaria (ver cuadro).

¿Qué tiene que hacer para el inicio de trámites por Medicamentos?

Debe presentarse en su Delegación con la documentación necesaria (ver cuadro).

¿Qué documentación debe presentar por cambio de drogas a utilizar?

Debe presentarse en su Delegación con la siguiente documentación:

- Documentación básica.
- 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.

¿Qué debe hacer en el caso de que el Centro o profesional elegido no sea prestador de IOMA?

En aquellos casos en los que los Centros no sean los adheridos así como las prestaciones tampoco sean convenidas, se realizarán por trámite de excepción con decisión final a cargo del Directorio. Para ello deberán presentarse en la Delegación con la documentación necesaria (ver cuadro).

¿Cómo es la cobertura para Radiocirugía y Radioisótopos?

La cobertura es mediante Trámite de Excepción, vía autorización, con resolución final a cargo del Directorio. El mismo debe iniciarlo en su Delegación con la documentación necesaria (ver cuadro).

¿Qué debe hacer en el caso de una práctica que no esté convenida?

La cobertura es mediante Trámite de Excepción, vía autorización, con resolución final a cargo del Directorio. El mismo debe iniciarlo en su Delegación con la documentación necesaria (ver cuadro).

¿Cómo es la cobertura en Capital Federal?

Para prácticas, Internación y Consultas en Centros prestadores, se autorizan en la Región Capital, con excepción de las prácticas de Alta complejidad que se autorizan como en el resto de la provincia (ver cuadro del comienzo).

Otorrinolaringología

Círculo Médico o Boca de Expendio
Autoriza la orden
(no incluye Implante coclear)



Consultorio del Profesional
Realiza la práctica

Prestación	Cobertura
Incluye: <ul style="list-style-type: none">RinolangofibroscopíaRinolangoscopia (con video)Estudio de Potenciales evocados auditivos	
<ul style="list-style-type: none">Implante coclearBAHA (Implante Osteointegrado)	

Documentación necesaria para prestaciones que requieran bono

- **Documentación básica.**
- Orden médica.
- Historia clínica detallada.

Documentación necesaria para Implante coclear

- **Documentación básica.**
- Orden médica.
- Historia clínica detallada.
- Audiometría.
- Certificado de implante.
- Estudios pre-implantes (estudios audiológicos como: Otoemisiones acústicas, Bera, Audiometría, etc).
- Estudios por imágenes (TAC, RMN).
- Estudios Psicológicos, Neurolingüísticos en niños mayores de 18 meses y Psicopedagógicos.
- Presupuesto de la Cirugía y de la provisión del implante a nombre del afiliado.
- Certificado de discapacidad en caso de ser necesario.

Documentación necesaria para BAHA (Implante Osteointegrado)

- **Documentación básica.**
- Orden médica.
- Historia clínica audiológica.
- Estudios audiológicos (Audiometría tonal, Selección o prueba con simulador BAHA, etc).
- Informes psicológico y fono-lingüístico.
- TAC, RMN y Radiografía original.

¿Qué tiene que hacer el afiliado para acceder a las prestaciones que necesitan Bono?

Para Rinolangofibroscopía, Rinolangoscopia (con video) y Estudio de potenciales Evocados Auditivos:

En la Provincia de Buenos Aires: Se encuentran convenidos con los Círculos Médicos que nuclean Femeba y Femecon bajo los Códigos 88 livianos.

Tanto en provincia como en La Plata, el afiliado debe dirigirse al Circulo Médico o Boca de Expendio con orden médica e historia clínica y solicitar el bono correspondiente.



El afiliado sólo debe pagar el valor del bono.

Prácticas de laboratorio



Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none">Prácticas de laboratorio incluidas en el Convenio IOMA - FABA: Bioquímica clínica, Hematología, Endocrinología y metabolismo, Bacteriología, Virología, Parasitología, Enzimología, Serología e Inmunología.	 

Documentación

- **Documentación básica.**
- Orden de práctica.

¿Cómo deben proceder los afiliados?

Concurrir directamente al Laboratorio con la orden de práctica, en donde le venderán el bono. Desde allí se solicita la autorización on line a FABA.

¿Cómo deben proceder los afiliados de Capital Federal?

Si la práctica (análisis) 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 –sector Autorizaciones–, Reconquista 46, 3° piso.

En el caso de Estudios Hematológicos que se realicen en: Hospital de Clínicas, Sanatorio Güemes, Instituto Cardiovascular Buenos Aires, FLENI o Fundación Favaloro, deben solicitar la autorización en la Región Capital. De lo contrario, se sigue el mismo proceder explicado en el cuadro del comienzo de la prestación.

¿Cuáles son las prácticas de mayor complejidad que requieren otro bono especial y la autorización de FABA?

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• CA 15=3• DEOXIPIRIDINOLINA• FERRITINA• PROGESTERONA• IGE ESP• TESTOSTERONA• CA 125• T3• CORTISOL• CA 19-9• TOXO IFI-IgM• PAPILOMA VIR PCR• TESTOSTERONA L | <ul style="list-style-type: none">• IGA SECRETORIA• AG ANTIGLIADINA IgA• CHAGAS IFI• HCV• TSH• T4 LIBRE• HBGLICOSILADA• PSA• PROLACTINA• IGE• INSULINA• FSH• ESTRADIOL | <ul style="list-style-type: none">• LH• Hbs Ag• CHLAMYDIA Ag• UREAPLASMA• MICROALBUMINIRIA• MICOPLASMA• FAN• SUB BETA CUANTI• TOXO IF G ESC IgG• VCEA• T4• FARMACOS• SUB BETA CUALI |
|---|--|---|



El afiliado debe adquirir el o los bonos (en caso de que además de las prácticas comunes le indiquen prácticas de Mayor complejidad) independientemente de la cantidad de órdenes solicitadas por el profesional médico y no adquirir un bono por cada una de las órdenes que le indique el profesional.

En caso de que FABA no autorice alguna práctica, se deberá informar al afiliado que en nuestro sitio web existe un listado de las prácticas con sus valores, para que sepa cuánto debe abonar por cada una.



Programa | Adolescencia

Cobertura prestacional para el control de la salud anual en las tres etapas de la adolescencia: temprana (de 12 a 14 años), media (de 15 a 17) y tardía (de 18 a 20).

Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none">Examen de laboratorio básico: Hemograma Completo, Glucemia, Hepatograma Completo, Orina Completa y serología VIH.	

Para el ingreso al Programa

Delegación



Entrega de la Libreta 12/20

¿Qué cobertura especial otorga?

En cada una de las tres etapas de la adolescencia: temprana (de 12 a 14 años), media (de 15 a 17) y tardía (de 18 a 20), tienen cubierto al 100 % un examen de laboratorio básico: Hemograma Completo, Glucemia, Hepatograma Completo, Orina Completa y serología VIH.

¿Cuál es el fin del Programa?

Es un programa que estimula al adolescente y su entorno para que se realice todos los controles de salud que acompañen su crecimiento, promoviendo el autocuidado: control médico, odontológico, ginecológico, etc. Todo esto, a través de la cobertura general de IOMA, como cualquier otro afiliado. Es decir, que no hay una cobertura extra.

A través de la página web adolescente, que el afiliado puede navegar desde nuestro sitio, se le acerca todo tipo de información (notas, calendario de vacunación, información para padres y profesionales)

¿Puede contactarse el afiliado con los responsables del Programa?

Sí, en la web adolescente, hay un link "Contanos tus inquietudes" en donde se lo invita a escribir, para contar sus dudas o las de algún amigo. Los profesionales del sector, especialmente capacitados, reciben las consultas y las contestan.

¿Quiénes pueden retirar la libreta?

Los hijos de afiliados (hasta los 20 inclusive) o sus padres. Deberán presentar la credencial de IOMA. Se retira en la Delegación.

¿Qué utilidad tiene la Agenda 12/20?

Sirve de ayuda memoria, para recordar los controles a realizarse. Contiene un Certificado único de salud escolar y actividad física que lo puede presentar en su escuela y/o en el gimnasio o club, actualizando cada año sólo con la firma del médico de cabecera. Además, tiene información útil en caso de emergencia, datos del estado de su salud, calendario de vacunación, etc. Para cualquier consulta pueden contactarse a adolescente@ioma.gba.gov.ar

Programa Cuidarte

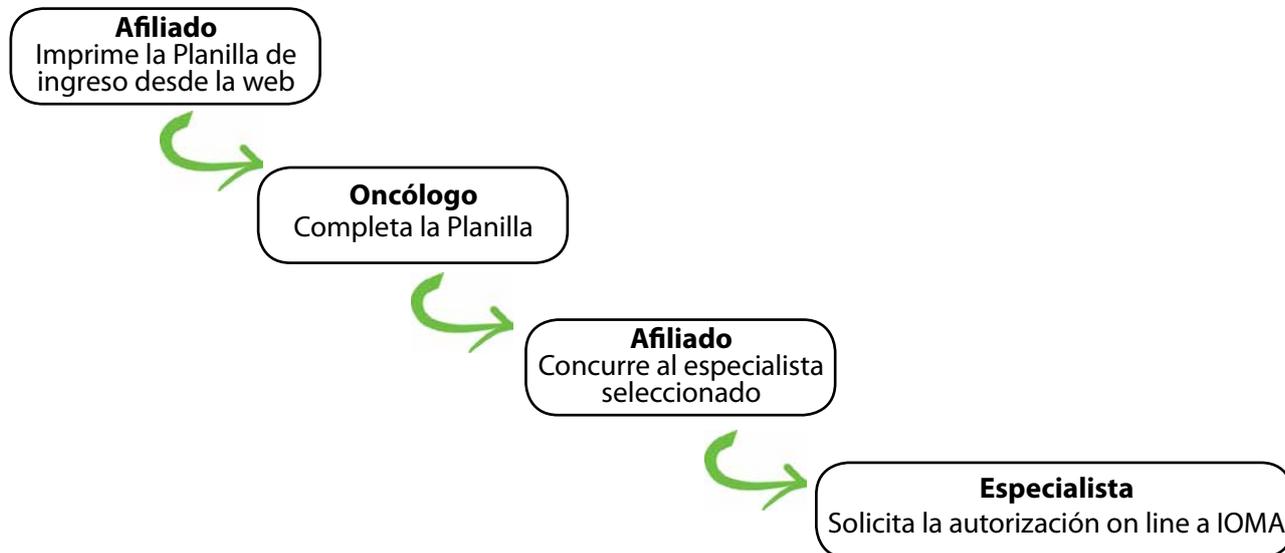


Programa | Cuidados paliativos

Destinado a pacientes oncológicos en estadios avanzados de la enfermedad, que requieran atención médica en su domicilio.

Prestación	Cobertura
Asistencia domiciliaria, con personal especialmente capacitado en Cuidados Paliativos: <ul style="list-style-type: none">• Médicos• Enfermeros• Psicólogos• Kinesiólogos• Fonoaudiólogos• Terapistas ocupacionales• Cuidadores• Insumos• Elementos de ortopedia, oxigenoterapia y medicamentos	 

Para el ingreso al Programa



¿Cómo debe proceder el afiliado?

Concurrir a la Delegación a retirar la Planilla de Ingreso o imprimirla desde nuestro sitio web (Puede encontrarla en Intranet / Formularios / Programa Cuidarte o en Guía de Coberturas).

Con la misma se dirige a su oncólogo para que éste la complete. Una vez seleccionado el especialista, éste solicita la autorización on line. En el lapso de 24 a 72 horas obtendrá el resultado de la Auditoría Médica para que el prestador comience a brindar sus servicios.

¿Cuál es la intervención de la Delegación en el desarrollo del trámite?

Sólo se encarga de proporcionar la Planilla de Ingreso al Programa en caso de que el afiliado no pueda imprimirla desde nuestra web. Además, debe proporcionar el listado de especialistas adheridos. En caso de no poseer el listado pueden comunicarse con los encargados del Programa Cuidarte al 221- 429908 o escribir a cuidarte@ioma.gba.gov.ar

Programa Salud Renal



RENAL

Programa | Enfermedad renal crónica

Creado con el objetivo de detectar precozmente las enfermedades renales y prevenirlas. Destinado a personas con Diabetes, Hipertensión Arterial o con antecedentes familiares de patologías renales.

Para el ingreso al Programa

Sede Central

Envía carta a los posibles ingresantes (diabéticos, hipertensos)



Afiliado

Concurre a la Delegación y se incorpora al Programa.
Se realiza el estudio de laboratorio



Delegación

Carga los resultados de laboratorio.
Continúa con el procedimiento según sean Positivos o Negativos.

En caso de resultado Positivo

Delegación

Imprime y entrega órdenes de prácticas



Afiliado

Concurre al nefrólogo



Delegación

Imprime y entrega Plan de Seguimiento Anual

¿Cómo ingresa un afiliado al Programa?

Desde la Unidad se envían cartas constantemente a los afiliados que, de acuerdo a su consumo en medicamentos, sufren de Hipertensión o Diabetes, factores de riesgo para el daño renal. La carta explica e invita al afiliado a concurrir a su delegación más cercana para solicitar una práctica de laboratorio (Screening). A partir de ese momento se incorpora al Padrón.

¿Qué prácticas implica el screening?

Consta de una extracción de sangre y muestra de orina, que el afiliado puede realizar en su laboratorio de confianza, sin costo ni autorización previa por parte del afiliado. Con el resultado de la misma, vuelve a la delegación.

¿Qué debe hacer si viene un afiliado a requerir una prestación relativa a salud renal, que no recibió la carta?

En estos casos se comprobará si existe en el Padrón. Si es así, se le entrega la orden de Screening, además de confirmar los datos afiliatorios, solicitar datos personales no incluidos en el padrón y hacer firmar el Consentimiento al afiliado (Planilla que se extrae desde la web de IOMA, opciones: Intranet-Formularios-Salud Renal).

Caso contrario, deberá entregarse el Formulario para la Adhesión al Programa. El mismo lo pueden imprimir desde la web de IOMA / Intranet-Formularios-Salud Renal), para que sea completado por el médico de cabecera y posteriormente ingresarlo al padrón.

¿Qué hay que hacer cuando vuelve el afiliado con el resultado del screening?

Debe ingresar al aplicativo a fin de buscar al afiliado en el padrón, cargar los resultados de laboratorio del Screening y obtener automáticamente el resultado del Screening por Positivo o Negativo.

Por Negativo: entregar al afiliado la Carta de Invitación al año. La pueden extraer desde la web de IOMA, opciones: Intranet-Formularios-Salud Renal)

Por Positivo (significa que el afiliado tiene daño renal) deberán:

Imprimir por Sistema y entregar:

- 1 Práctica de Laboratorio
- 1 Práctica de Ecografía Renal
- 1 Bono de Consulta para Nefrólogo

O entregar Listado de nefrólogos adheridos al programa, para su libre elección, que pueden extraer desde la web de IOMA, opciones: Intranet-Formularios-Salud Renal)

¿Qué debe hacer el afiliado una vez que concurre al nefrólogo?

Luego del nefrólogo y con los estudios realizados, vuelve a la delegación para retirar el segundo Bono del PSRI.

Luego de ello y una vez estadificado por su médico, el afiliado volverá a la delegación a solicitar el Plan de Seguimiento Anual. Este se imprime desde el sistema para entregar al afiliado.

Para cualquier consulta, tanto el afiliado como los empleados de la Delegación pueden escribirnos a renal@ioma.gba.gov.ar

Programa MAMI

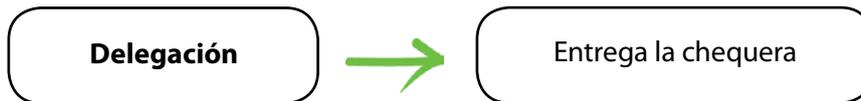


MAMI

Programa | Materno infantil

Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none">• Controles de la mujer embarazada• Controles de los niños y niñas hasta los 12 años• Parto incluye anestesia y honorarios médicos• Medicamentos durante el embarazo y hasta el primer año de vida• 4 kg de leche maternizada	 a través de chequera
<ul style="list-style-type: none">• Consultas y prácticas durante el embarazo y hasta los 12 años	 a través de chequera

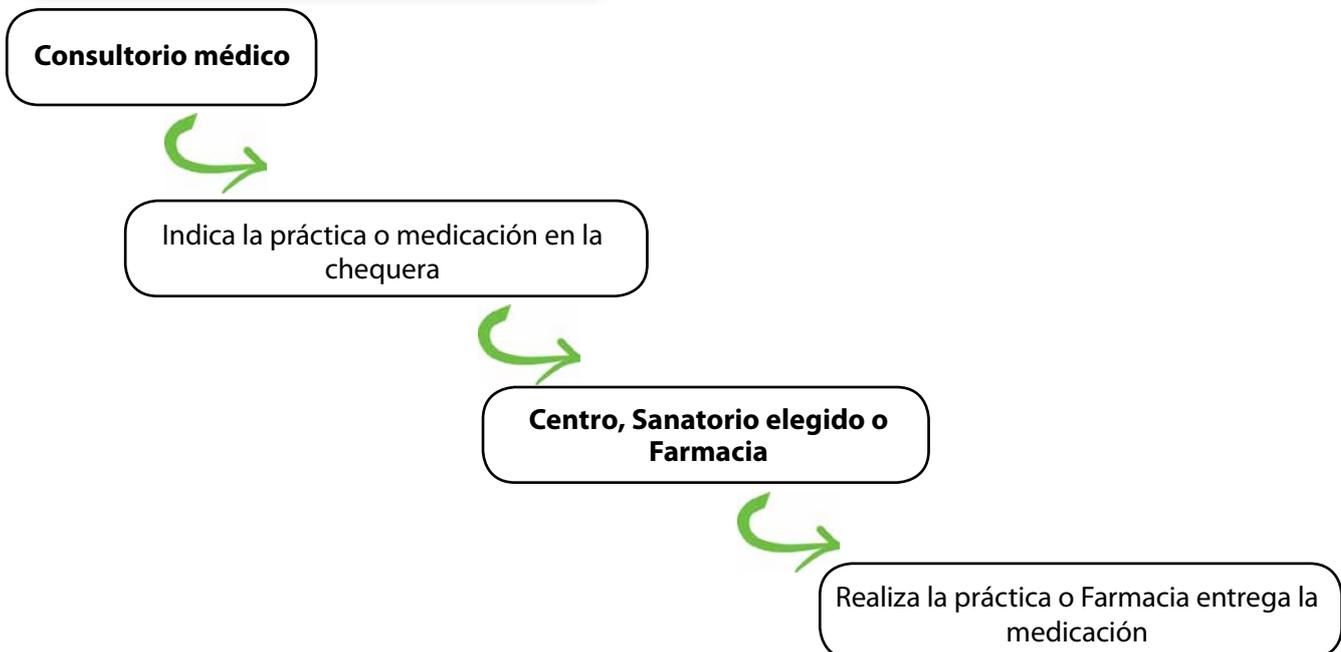
Para el ingreso al Programa



Documentación necesaria

- **Documentación básica.**
- **Certificado de embarazo** donde se indiquen tiempo de gestación y fecha probable de parto.

Para utilizar la chequera



Documentación necesaria para el primer año (chequera de 0 a 1 año)

- **Documentación básica.**
- Certificado de nacimiento.

Documentación necesaria para las chequeras subsiguientes

- **Documentación básica.**
- Chequera anterior.

¿A quiénes está dirigida la chequera?

A mujeres embarazadas y niños de 0 a 12 años.

¿Cómo es la cobertura?

Todas las prácticas están autorizadas. Para **categoría A el afiliado no debe abonar nada**, para **categoría B o C abona el arancel diferenciado**. Esto es válido tanto para el embarazo como para el niño hasta los 12 años.

- **Parto y puerperio:** al 100 %. Es importante recordarle al afiliado que no debe abonar suma alguna.
- **Medicamentos:** 100 % durante el embarazo en aquellas patologías relacionadas con el mismo. En el primer año de vida del niño, cobertura 100 % para medicación inherente al crecimiento. A partir del año, cobertura según el formulario terapéutico vigente de IOMA.
- **Odontología y Estudios de laboratorio:** al 100 %.
- **Leche maternizada:** en la chequera de 0 a 1 año hay una receta pre-impresa de 4 kg de leche maternizada para el primer bimestre. Pueden autorizarse otras fórmulas lácteas (marca a elección), hasta 8 kg entre los 2 a 6 meses de vida, con resumen de historia clínica y patología que lo justifique. Para ello el afiliado debe iniciar un trámite en la Delegación.

¿Cómo se accede a las prestaciones?

El afiliado debe concurrir directamente a los profesionales adheridos con la chequera.

Afiliados de La Plata: no debe canjear los bonos en las bocas de expendio.

Afiliados del interior: antes de la consulta médica deben concurrir al Círculo Médico.

¿Cómo es la cobertura?

Todas las prácticas ya están autorizadas en categoría A. Para atención con profesionales de otras categorías, el afiliado debe abonar el valor de un bono B o C.

¿Cómo se utilizan las chequeras?

Estas son completadas por el profesional y presentadas directamente en Farmacias o Centros en donde se realice la práctica indicada. No requieren autorización.

¿Cómo debe proceder el empleado?

Debe confeccionarse la constancia de entrega y recepción de chequeras, completando la planilla y cargando los datos en el sistema.

La confección de las planillas debe ser diaria y por duplicado, los originales son enviados a la Región semanalmente. Son archivadas en la Región, individualizados por Delegación y por mes, con la constancia de entrega y recepción.

También debe confeccionarse en forma diaria el registro de:

- Entrega de chequeras.
- Bajas de chequeras.
- Coberturas adicionales (órdenes de consulta, prácticas y recetas).

Con esta información se confecciona la rendición mensual.

Preguntas frecuentes

¿Cuál es el período de carencia del Programa para las afiliadas voluntarias?

Es de 300 días.

¿Qué cobertura tiene una afiliada voluntaria embarazada dentro del periodo de carencia de 300 días?

Podrán acceder, transcurridos los 3 meses de carencia general, a las consultas y controles médicos como cualquier afiliado. No tiene cobertura del parto. El niño accede a la cobertura una vez incorporado a la afiliación, luego de ser inscripto en el Registro Civil.

¿Pueden entregarse órdenes adicionales a las que contiene la chequera?

Sí, cuando es necesario solicitar órdenes de consulta, de prácticas o recetarios adicionales se hace con la presentación de resumen de Historia Clínica en la delegación o Región correspondiente, donde son autorizadas por el médico auditor.

¿Pueden las menores ingresar al Programa?

Sí, cualquiera sea la edad de la afiliada, si está embarazada ingresa sin necesidad de presentar ningún requisito extra.

¿Existe cobertura de leche maternizada después de los 6 meses?

No, la cobertura es hasta los 6 meses con resumen de historia clínica y patología que lo justifique

¿Cuándo se solicita la chequera de atención al parto?

La chequera del parto puede retirarla un familiar de la paciente en la delegación presentando la documentación y haciendo entrega de la chequera anterior.

¿Hay cobertura de cremas dermatológicas para el embarazo?

No, actualmente no están contempladas dentro de la cobertura del IOMA.

¿Debe abonarse algún monto extra en caso de cesárea?

No, en la chequera de Atención al parto se incluyen los bonos para los profesionales. No debe abonarse monto extra, sea parto natural o cesárea.

¿Los honorarios por anestesia están cubiertos en la chequera?

Sí, el anestesista también está cubierto y el afiliado no tiene que abonar suma alguna. En el caso de anestesistas sin convenio, la cobertura es por vía de Reintegro, según valores predeterminados. El afiliado debe exigir una factura y luego iniciar el trámite.

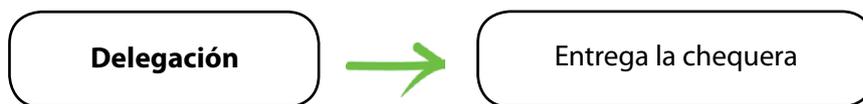


SER

Programa | Salud sexual y reproductiva

Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none">Consultas y prácticas preventivas	 a través de chequera
<ul style="list-style-type: none">Métodos anticonceptivos: orales, inyectables y DIU (Provisión y colocación)	 a través de chequera

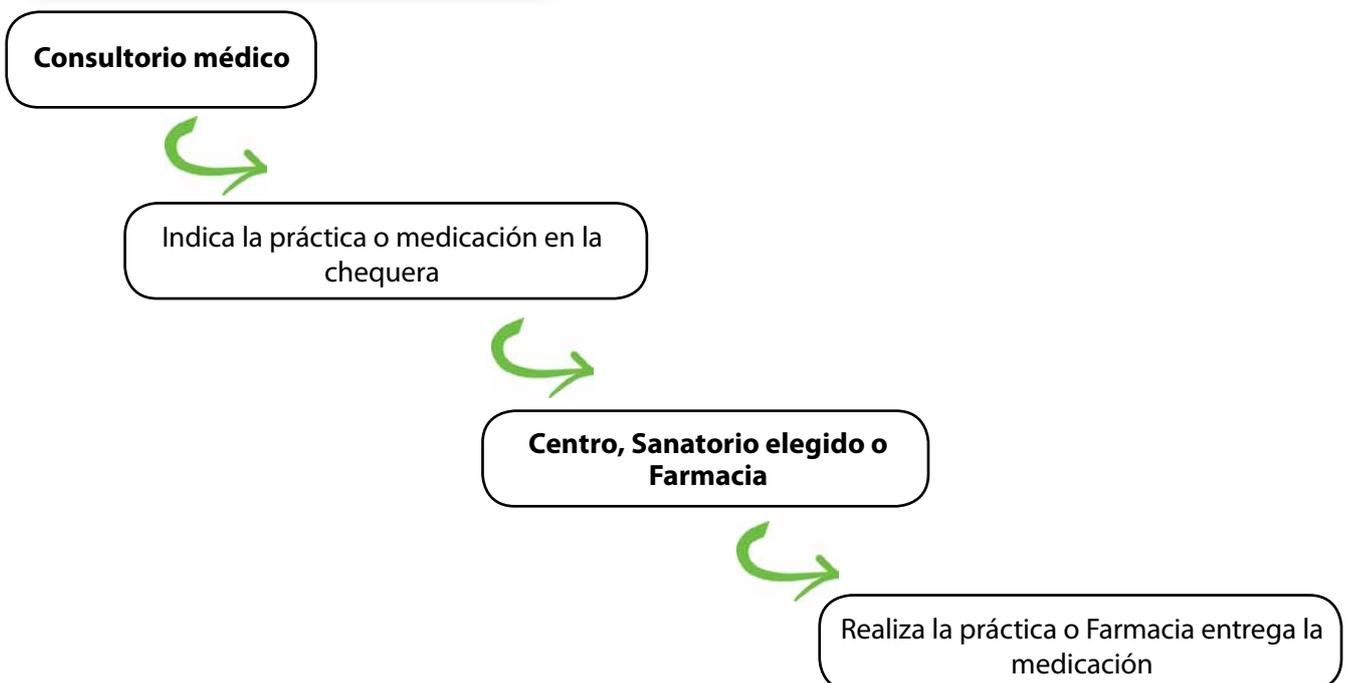
Para el ingreso al Programa



Documentación necesaria

- Documentación básica.

Para utilizar la chequera



Primera entrega de chequera para quienes ingresan al plan

¿A quiénes se entrega la chequera?

A afiliadas que se encuentren en edad fértil (entre 14 y 50 años aproximadamente) y presenten la documentación necesaria.

¿Qué debe hacer el empleado?

El Responsable del programa en la Delegación o Región verifica la documentación presentada (fecha de vencimiento de la credencial, etc.), completa en la portada de la chequera los datos afiliatorios preimpresos en la misma y la firma. Vuelca la información en la "planilla de Alta" (la puede solicitar impresa en la región, o bajarla del sitio web de IOMA).

El empleado informa los alcances del plan.

¿Cómo es la cobertura?

Todas las prácticas ya están autorizadas en categoría A, para profesionales B o C el afiliado abona el arancel diferenciado.

¿Cómo se accede a las prestaciones?

En una primera instancia se entrega a la afiliada una chequera única para estudios y consultas. En caso de solicitar un método anticonceptivo, previa realización de los estudios y bajo prescripción médica, se entrega una chequera adicional con el método elegido por la afiliada.

Para utilizar la chequera de estudios y consultas, la afiliada debe concurrir directamente a los profesionales adheridos con la chequera. Con los bonos de consulta y prácticas incluidos en las chequeras accede a una prestación Básica.

Afiliados de La Plata: no canjea los bonos en las bocas de expendio / **Afiliados del interior:** antes de la consulta médica debe concurrir al Círculo Médico.

Afiliados del interior: antes de la consulta médica deben concurrir al Círculo Médico.

¿Cómo debe proceder el empleado para la entrega de chequera para métodos anticonceptivos?

Esta chequera se entrega en un segundo encuentro con la interesada, luego de haber retirado la Primera chequera.

La afiliada debe presentar la orden del profesional (R/p) en la que se le indica un método anticonceptivo.

Los estudios no deben ser entregados en la delegación, sino visados por el médico auditor, quien completa la planilla correspondiente en caso de patología. Si la afiliada se ha realizado los estudios con anterioridad éstos tienen una validez de 12 meses (PAP y prácticas de laboratorio) para ser visados en IOMA y hacer entrega de la chequera de método anticonceptivo.

El empleado entrega la chequera que corresponda (DIU, anticonceptivos orales o inyectables).

Si la afiliada ya se encuentra consumiendo anticonceptivos orales, y retira la chequera inicial, pero necesita los recetarios incluidos en las segunda chequera antes de tener los resultados de los estudios, el empleado sólo podrá entregar recetarios correspondientes a dos meses de consumo, los que retirará de la chequera de anticonceptivos orales.

La chequera tiene un año de validez. Para la renovación el empleado debe solicitar la chequera anterior, la documentación básica y proceder de la misma manera que la primera entrega (completar los datos en la chequera, planilla, etc.).

El empleado de las delegaciones debe enviar semanalmente a la región correspondiente las Planillas de Altas y Bajas, preferentemente a través del sistema, en su defecto por fax, para luego cargarlas.

Preguntas frecuentes

¿Se pueden adherir al Programa las discapacitadas mentales?

Las personas que padezcan de discapacidad mental internadas en establecimientos psiquiátricos o externadas, están incluidas en los alcances del Programa. Para estos casos se deberá solicitar el consentimiento del curador o representante legal.

¿Qué pasa si alguien adherido al Programa Ser extravía su chequera?

El empleado debe constatar por sistema la fecha de entrega de la chequera extraviada y completar la "planilla de Baja" con los datos de la misma. Para entregar una nueva chequera, completa la "Planilla de Alta" y:

- Si se trataba de la chequera para métodos anticonceptivos orales, el empleado entrega una nueva de iguales características y retira las órdenes correspondientes a los meses transcurridos desde la primera entrega hasta el mes en curso (es decir, las órdenes de los meses que se presume consumidas).
- En el caso de que la chequera extraviada corresponda a la chequera inicial o a la de colocación y provisión de DIU,

se entrega una nueva.

¿Las menores de 14 años pueden ingresar al Programa Ser?

Pueden ingresar pero para ello el empleado deberá solicitar que el tutor complete la Planilla de Consentimiento Informado, que se puede bajar del sitio web de IOMA, o utilizar las impresiones que están distribuidas en las delegaciones.

¿Qué pasa si alguien que quiere renovar su chequera, luego de un año de estar adherido al Programa, extravió su chequera?

El empleado debe corroborar por sistema que efectivamente haya pasado un año desde que retiró la chequera anterior, si esto es así, le pide la documentación necesaria para la renovación y hace entrega de una nueva.

¿Se entregan órdenes adicionales para la realización de nuevas ecografías, PAP, etc.?

No, el Programa Ser es Preventivo, si de los resultados de los estudios realizados bajo la cobertura de este Programa surge la necesidad de realizar nuevas prácticas, deben encuadrarse dentro del Programa de cobertura general de IOMA.

¿Qué pasa si una afiliada quiere cambiar el método anticonceptivo de pastillas a DIU?

La afiliada deberá entregar las recetas que no haya utilizado de los anticonceptivos orales. En caso contrario, no se le proveerá el bono de colocación de DIU.

¿Qué pasa si una afiliada quiere cambiar el método de DIU a anticonceptivos orales?

Luego de la extracción o expulsión del DIU, la afiliada deberá concurrir con el certificado médico avalando la extracción o expulsión para solicitar los adicionales de los anticonceptivos orales.

Desde Sede Central se efectuará la reposición de las chequeras a las regiones, cuando las mismas hayan cargado como mínimo el 80% de las chequeras recibidas.

Programa TGD

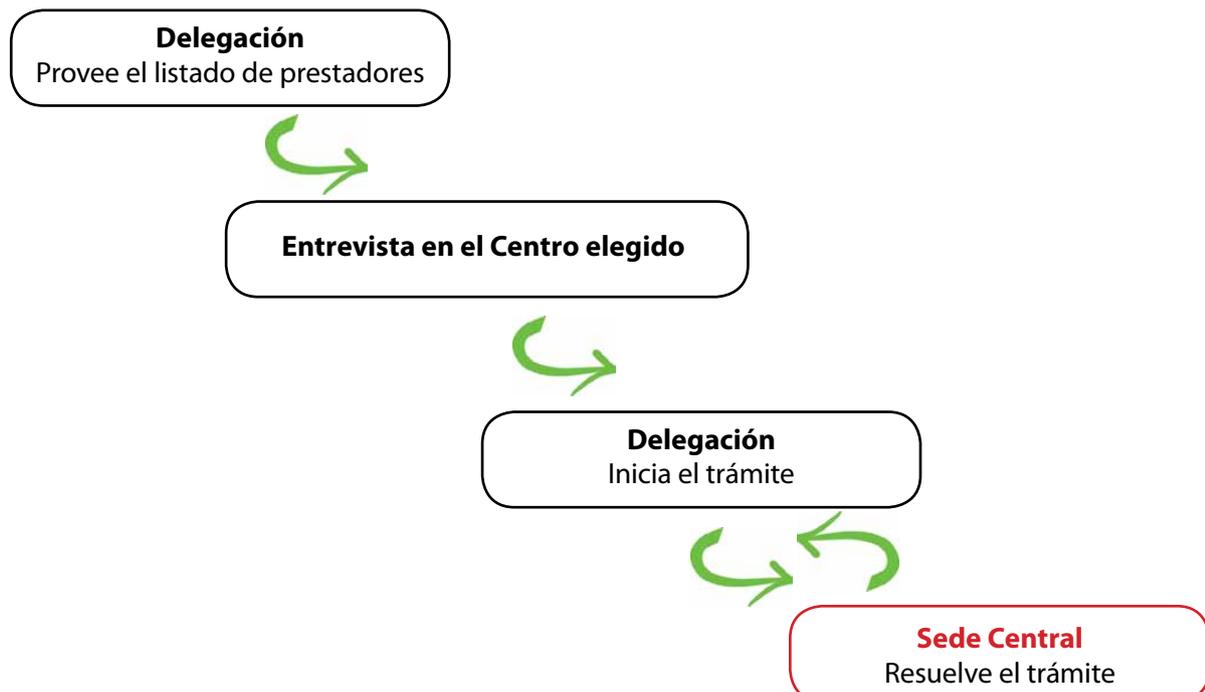


TGD

Programa | Trastorno generalizado del desarrollo

Cobertura personalizada, intensiva e interdisciplinaria en domicilio o en Centro Educativo Terapéutico a los afiliados con TGD (Trastorno del Espectro Autista), con prestadores especialmente capacitados.

Prestación	Cobertura
<p>Todas las prestaciones necesarias en un sólo trámite:</p> <ul style="list-style-type: none">• Supervisión y coordinación a cargo de psiquiatras, neurólogos y/o psicólogos• Psicología• Fonoaudiología• Psicopedagogía• Terapia ocupacional• Psicomotricidad• Musicoterapia• Acompañante Terapéutico (en domicilio y/o escuela)• Apoyo a la integración escolar	
<p>Prestaciones opcionales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acompañante terapéutico en domicilio• Acompañante terapéutico en escuela• Apoyo a la Integración	



Documentación necesaria para el Alta

• Documentación básica para Discapacidad.

- Prescripción médica (realizada por médico Neurólogo o Psiquiatra).
- Historia clínica.
- Nombre de la Institución o equipo que realizará las prestaciones.
- Datos del equipo interviniente: número de matrícula y profesión.
- Plan de tratamiento que incluya: objetivos, áreas de abordaje, métodos y técnicas de intervención, etc. Deberá estar realizado por 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.)

Documentación para RENOVACIÓN

A la documentación inicial agregar:

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

Prestaciones opcionales

Documentación necesaria para Acompañante terapéutico en domicilio

A la documentación inicial agregar:

- Plan de trabajo a realizar atento a las indicaciones del equipo interviniente.
- Detalle de carga horaria, etc.

Documentación necesaria para Acompañante terapéutico en escuela

A la documentación inicial agregar:

- Autorización de la DGC y E o DIPREGEP respecto del ingreso de la persona propuesta para cumplir el rol en la institución escolar. La autorización debe tener nombre y apellido de la persona que realizará la tarea.
- Plan de trabajo a realizar atento a las indicaciones del equipo interviniente.

Documentación para RENOVACIÓN

Informe de evolución confeccionado por el Acompañante Terapéutico.

Documentación necesaria para Apoyo a la Integración

A la documentación inicial agregar:

- Autorización de la Dirección General de Cultura y Educación o DIPREGEP respecto del ingreso de la persona propuesta para cumplir el rol en la Institución escolar. La autorización debe tener el nombre y apellido de la persona que realizará la tarea.
- Plan de trabajo a realizar atento a las indicaciones del equipo interviniente.

¿Qué debe hacer el afiliado para acceder a esta prestación?

Debe solicitar en la Delegación el listado de prestadores inscriptos en el Programa. Luego establecer una entrevista con alguno de los Centros especializados y llevar allí la documentación necesaria para iniciar el pedido de cobertura.

Para cualquier consulta, tanto el afiliado como los empleados de la Delegación pueden escribirnos a programatgd@ioma.gba.gov.ar



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.

No autorizar esta prestación a aquellos afiliados que se encuentren beneficiados con el sistema de Atención Domiciliaria, que concurran a Centro de Día y/o que residan en Hogares con cobertura de IOMA.

En caso de solicitar modalidad en domicilio, no se brinda cobertura en Centro Educativo y viceversa.

Prestación

1. EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Incluye:

Centro de Día

Acompañamiento terapéutico

Centro Educativo Terapéutico

Escuela Especial

Tratamiento ambulatorio de Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía y Estimulación temprana

Hogar Básico y Asociado

Discapacidad visual

2. REHABILITACIÓN

Incluye:

Rehabilitación en Instituciones con convenio

Rehabilitación en Instituciones sin convenio

Equipamiento Ortésico-Protésico y Silla de ruedas

Hogar y Centro de día para discapacitados adultos crónicos

3. ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL – INTERNACIÓN DOMICILIARIA

4. ENFERMERÍA DOMICILIARIA

5. NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL DOMICILIARIAS

6. OXIGENOTERAPIA

7. TRANSPORTE - TRASLADO



Recuerde informar al afiliado que con su número de trámite, en el ícono “Consulta de Trámites y Expedientes”, del sitio web de IOMA, puede realizar el seguimiento del mismo.

Programas Específicos

1. EDUCATIVO TERAPÉUTICO



Las prestaciones de Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar u Hogar asociado y Rehabilitación para discapacidad visual pueden brindarse en Instituciones CON o SIN CONVENIO con este IOMA.

PARA INSTITUCIONES CON CONVENIO

¿Quién inicia el trámite por cobertura en Instituciones con CONVENIO?

El afiliado no inicia trámite. La solicitud de autorización para: alta, renovación (que no cumpla con requisitos de “Prórroga de cobertura”), cambio de modalidad o alto grado de dependencia será presentada por la institución en sobre cerrado en la **Delegación o Región** más cercana al domicilio declarado o en **forma directa en Área Educativo Terapéutico**, en Sede Central. Podrá presentarse solicitud de cobertura de varios afiliados a la vez con igual documentación que si se tratase de presentación para Institución sin convenio. En caso de tratarse de renovación y cumplir con requisitos para “Prórroga de cobertura” la Institución deberá realizar la carga de la documentación vía Web de este IOMA: **para ver el Instructivo para la carga**, la Institución debe ingresar en <http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/Instructivo-Prorroga-Instituciones.pdf>. **Para realizar la misma:** <https://sistemas.ioma.gba.gov.ar/prorrogainstituciones/>

¿Cómo debe proceder el empleado en caso de tratarse de alta, renovación (que no cumpla con requisitos de “Prórroga de cobertura”), cambio de modalidad o alto grado de dependencia?

La **Delegación o Región** recibe la documentación que presenta la Institución con convenio en sobre cerrado (se encuentra permitido incluir varias solicitudes por vez). Deberá otorgarse número de trámite y elevarla a Mesa de Entradas, Salidas y Archivo donde se le dará carga administrativa, y se enviará a **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico. La presentación también podrá realizarse de forma directa en Área Educativo Terapéutico de la Dirección Programas Específicos. La documentación será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico: si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite en original y se adjunta fotocopia faxeando la respuesta a la Institución a la brevedad. El original de la Orden de Autorización puede ser retirado por el delegado de Región a fin de ser entregado a la Institución convenida o también por representante institucional en el Área Educativo Terapéutico de la Dirección de Programas Específicos a los efectos de la posterior presentación de facturación.

¿Cómo debe proceder el empleado en caso de tratarse de RENOVACION por sistema “Prórroga automática”?

 El empleado deberá proceder de la misma manera que si se tratara de Institución no convenida.

¿Cómo es la cobertura en Instituciones con convenio?

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

PARA INSTITUCIONES SIN CONVENIO

Centro de Día

Documentación

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Baja Escolar e informe completo realizado por equipo de la Escuela Especial a la que concurrió.
- Informe de admisión del Centro.
- Plan de tratamiento y cronograma de actividades propuestos por el Centro.
- Presupuesto propuesto por el Centro de Día donde concurrirá.

¿Qué incluye esta prestación?

El Centro de Día es una institución destinada a recibir a jóvenes y/o adultos discapacitados severos y profundos, en situación de dependencia, egresados de la escuela especial, sin posibilidades de acceder al sistema laboral protegido; y/o niños que por las características de su discapacidad no pueden acceder a las currículas contempladas en el área de Educación Especial.

¿Quién inicia el trámite?

Es un trámite por vía de Autorización según Resolución 101/07. La solicitud de la prestación en Instituciones No Convenidas, debe ser iniciada por el 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.

Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la Resolución 3624/10 de este IOMA.

¿Qué debe presentarse en caso de requerir un cambio de modalidad de 4 a 8hs?

• Documentación básica para Discapacidad.

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe de evolución completo justificando el cambio de modalidad.
- Plan de tratamiento, cronograma de actividades y presupuesto propuestos por el Centro de Día donde concurrirá.
- Fotocopia de última orden de Autorización.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresará por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de esta Obra Social.

La **Orden de Autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

RENOVACIÓN



Condiciones y requisitos a cumplir por la Institución:

Los afiliados 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 se encuentre habilitada para su funcionamiento en la modalidad adecuada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. o la otorgada por la Superintendencia de Servicios de Salud de Nación.
- La Orden de Prestación del IOMA al afiliado o la Orden de Prestación (Resolución 713-09) no digan lo contrario.
- 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**, la Institución debe ingresar en <http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/Instructivo-Prorroga-Instituciones.pdf>. **Para realizar la misma:** <https://sistemas.ioma.gba.gov.ar/prorrogainstituciones/>

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

¿Quién solicita la renovación en caso de "Prórroga de cobertura"?

La renovación la realiza la institución vía web. **El afiliado no inicia trámite.**

¿Cómo debe proceder el empleado?

El empleado 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"**.

En los casos que se solicite, brinda orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución será recibida **online** en la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico. Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La orden de autorización se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la Delegación correspondiente, para su posterior entrega a la Institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

Documentación necesaria a presentar por el AFILIADO para solicitar **RENOVACIÓN** en Instituciones que no cumplen las condiciones y/o requisitos de “Prórroga de Cobertura”

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (otorgado por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe de evolución completo.
- Plan de tratamiento del Centro.
- Cronograma de actividades del Centro.
- Presupuesto propuesto por el Centro de Día al cual concurrirá.
- Copia de última orden de Autorización.

¿Quién solicita la renovación?

El afiliado por trámite.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresa por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico.

Se evaluará por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

Alto Grado de Dependencia

Ver página 65

Extensión horaria

Ver página 66

Acompañamiento Terapéutico

Documentación

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Nota del familiar o responsable legal solicitando el ingreso a la prestación.
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe detallado de la situación del afiliado realizado por el profesional que dirigirá y supervisará el tratamiento.
- Fotocopia de título habilitante y de certificados de cursos o especialidades afines a la problemática del afiliado (avalados por un Organismo Superior) del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Curriculum Vitae del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Plan de trabajo con acciones a desarrollar, estrategias terapéuticas del equipo interviniente, y objetivos a lograr.
- Presupuesto y carga horaria propuesto por el Acompañante Terapéutico.
- En caso de estar concurriendo a una institución, adjuntar copia de orden de autorización y acta de la misma prestando conformidad al trabajo del Acompañante Terapéutico.

¿Qué incluye esta prestación?

El Acompañamiento Terapéutico (AT) está indicado para la atención de afiliados con patologías congénitas o adquiridas, que

por las características de sus diagnósticos quedan excluidos de la atención habitual brindada en instituciones especializadas, y requieren asistencia permanente y personalizada en éstas o en su domicilio.

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

Destinado a niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, autismo y con multidiscapacidad, adultos y adultos mayores con diagnóstico de psicosis, patologías neurológicas y psiquiátricas. Quedan excluidas del módulo las prestaciones que correspondan a atención de enfermería. **La cobertura en institución solo será cubierta para afiliados que padecen patologías del espectro autista con proyecto de educación integrada (Disposición 53/06 D.G.C y E)**

¿Quién inicia el trámite?

Es un trámite por vía de Autorización según Resolución 101/07.

La solicitud debe ser iniciada por el 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.

Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la Resolución 3624/10 de este IOMA.

Documentación para RENOVACIÓN

• Documentación básica para Discapacidad.

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Nota del familiar o responsable legal solicitando el ingreso a la prestación.
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe detallado de la situación del afiliado, realizado por el profesional que dirige y supervisa el tratamiento.
- Fotocopia de título habilitante y de certificados de cursos o especialidades afines a la problemática del afiliado (avalados por un Organismo Superior) del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Curriculum Vitae del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Plan de trabajo con acciones a desarrollar, estrategias terapéuticas del equipo interviniente, y objetivos a lograr con el afiliado.
- Presupuesto y carga horaria propuesto por el Acompañante Terapéutico.
- En caso de estar concurriendo a una institución, adjuntar copia de orden de autorización y acta de conformidad del Acompañante Terapéutico en la Institución a la que está concurriendo.
- Informe de seguimiento completo realizado por el Acompañante Terapéutico.
- Fotocopia de última orden de autorización.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresa por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

Centro Educativo Terapéutico

Documentación

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Baja Escolar o informe realizado por la Escuela Especial (que atienda el diagnóstico del afiliado) fundamentando la no admisión en la institución o la derivación al centro, según el caso.
- Informe de admisión del Centro.
- Plan de tratamiento propuesto por el Centro.
- Cronograma de actividades del Centro.
- Presupuesto propuesto por el Centro Educativo Terapéutico donde concurrirá.

¿En qué consiste la prestación?

El Centro Educativo Terapéutico es un servicio para personas con discapacidad, cuyo objetivo es incorporar conocimientos, aprendizajes y caracteres educativos a través de enfoques, metodología y técnicas de índole terapéutica. Este servicio está destinado a niños y jóvenes cuya discapacidad no les permite ingresar a un sistema de educación sistemático, pero necesitan este tipo de atención para realizar un proceso educativo acorde a sus necesidades.

¿Quién inicia el trámite?

Es un trámite por vía de Autorización según Resolución 101/07. La solicitud de la prestación, en instituciones No Convenidas, debe ser iniciada por el titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la delegación de IOMA más cercana a su domicilio según Resolución 1242/08. Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la Resolución 3624/10 de IOMA.

¿Qué debe presentarse en caso de requerir un cambio de modalidad de 4 a 8 hs?

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Plan de tratamiento propuesto y cronograma de actividades.
- Informe de evolución completo justificando el cambio de modalidad.
- Fotocopia de última orden de Autorización.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresará por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

RENOVACIÓN



Condiciones y requisitos a cumplir por la Institución:

Los afiliados 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 se encuentre habilitada para su funcionamiento en la modalidad adecuada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. o la otorgada por la Superintendencia de Servicios de Salud de Nación.
- La Orden de Prestación del IOMA al afiliado o la Orden de Prestación (Resolución 713-09) no digan lo contrario.
- 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**, la Institución debe ingresar en <http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/Instructivo-Prorroga-Instituciones.pdf>. **Para realizar la misma**: <https://sistemas.ioma.gba.gov.ar/prorrogainstituciones/>
La cobertura por prórroga quedará supeditada al informe de la auditoría central y/o en terreno. Aquel Centro Educativo Terapéutico que no cumpla con los requisitos establecidos por Resolución, o que desde el Área Educativo Terapéutico se considere que por algún motivo debiera suspenderse la cobertura, será notificado y quitado del circuito de liquidación hasta que se constate que se han modificado las razones que dieron lugar a la interrupción de la autorización.

¿Quién solicita la renovación en caso de “Prórroga de cobertura”?

La renovación la realiza la institución vía web. **El afiliado no inicia trámite.**

¿Cómo debe proceder el empleado?

El empleado 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”.

En los casos que se solicite brinda orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución será recibida **online** en la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico. Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La orden de autorización se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la Delegación correspondiente, para su posterior entrega a la Institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

Documentación necesaria a presentar por el AFILIADO para solicitar RENOVACIÓN en Instituciones que no cumplen las condiciones y/o requisitos de “Prórroga de Cobertura”

• Documentación básica para Discapacidad

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (otorgado por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe de evolución completo.
- Plan de tratamiento del Centro.
- Cronograma de actividades del Centro.
- Presupuesto propuesto por el Centro Educativo Terapéutico al cual concurrirá.
- Copia de última orden de Autorización.

¿Quién solicita la renovación?

El afiliado por trámite.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresa por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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.**

Alto Grado de Dependencia

Ver página 65

Extensión horaria

Ver página 66

Escuela Especial

1- Escuela Especial durante el ciclo lectivo (Marzo a Diciembre)

Documentación

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe de admisión de la Escuela.
- Plan de tratamiento propuesto por la Escuela.
- Cronograma de actividades de la Escuela.
- Presupuesto de la Escuela Especial que admitirá al alumno.

¿Qué incluye esta prestación?

Cobertura en Escuelas Especiales de: Estimulación Temprana, Educación especial en sus niveles Inicial, EP, Formación Laboral y Apoyo a la Integración Escolar.

En cuanto a la modalidad Estimulación Temprana y Apoyo a la Integración Escolar, en caso de corresponder autorizar las mencionadas prestaciones se otorga cobertura homologada a valor de $\frac{1}{4}$ pupilo (4 horas) presentando los requisitos solicitados para Escuela Especial.

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

¿Quién inicia el trámite?

La solicitud debe ser iniciada por el 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.

¿Qué debe presentarse en caso de requerir un cambio de modalidad de 4 a 8 hs?

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe de evolución completo justificando el cambio de modalidad.
- Fotocopia de última orden de Autorización.
- Plan de trabajo.
- Presupuesto.
- Cronograma de actividades.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresará por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la Dirección de Programas Específicos, Área Educativo Terapéutico. Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el **Director de Programas Específicos**, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **Orden de Autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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 gira a la **Región** a la espera de la facturación.

RENOVACIÓN



Condiciones y Requisitos a cumplir por la Institución

Se evalúa “cobertura por Prórroga” de Educación Especial en sus niveles inicial, EP, Formación Laboral y Apoyo a la Integración Escolar.

Los afiliados que en el periodo anterior contaron con autorización del IOMA podrán 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 del Instituto.

Para ver el Instructivo para la carga, la Institución debe ingresar en http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/Instructivo_Prorroga_Escuelas_Especiales.pdf. **Para realizar la misma:** <https://sistemas.ioma.gba.gov.ar/prorrogaescuelas/>

¿Quién solicita la renovación en caso de “Prórroga de cobertura”?

La renovación la realiza la institución vía Web. **El afiliado no inicia trámite.**

¿Cómo debe proceder el empleado?

El empleado 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”.

En los casos que se solicite, brinda orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución será recibida online en la Dirección de Programas Específicos, Área Educativo Terapéutico. Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y completada dentro de la Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La orden de autorización se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la Delegación correspondiente, para su posterior entrega a la Institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

2- Escuela Especial modalidad “Escuela de Verano”

¿Qué incluye esta prestación?

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

¿Cómo es la cobertura?

La cobertura es a valores establecidos por Resolución vigente de Escuela Especial, durante un mes del período estival (enero o febrero).

¿Quién puede acceder a la prestación?

Los afiliados que hubieran concurrido a Escuela Especial con cobertura de este IOMA durante el ciclo lectivo del año anterior.

¿Qué condiciones debe cumplir la escuela de verano para acceder a la cobertura?

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

¿Quién solicita la autorización?

El afiliado no inicia el trámite. La Institución presenta en el IOMA más cercano a su domicilio la nómina firmada de profesionales y técnicos que intervendrán junto con el plan de trabajo, la indicación del domicilio donde se desarrollarán las actividades, el listado de afiliados concurrentes y la documentación específica de facturación (planilla de conformidad del afiliado, facturación, etc.)

¿Cómo debe proceder el empleado?

La Institución entrega la documentación detallada en la Delegación correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se procede a su facturación.

Tratamiento Ambulatorio de Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía y Estimulación Temprana

Fonoaudiología

La solicitud de cobertura se resuelve en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria. Remitirse a Fonoaudiología: Foniatría, (Módulo IV Discapacidad) de esta Guía (pág. 21).

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 de esta Guía. (pág. 86 y 87 respectivamente).

Documentación

• Documentación básica para Discapacidad.

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Plan de tratamiento con pronóstico y objetivos propuestos por el profesional a cargo del mismo.
- En el caso de Estimulación Temprana incluir informe de admisión.
- Presupuesto detallando cantidad de sesiones y valor por cada una.

¿Qué prestaciones están incluidas?

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

¿Quién inicia el trámite?

Es un trámite por vía de Autorización, según resolución 101/07. La solicitud debe ser iniciada por el 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.

Documentación para RENOVACIÓN para Psicopedagogía y Estimulación Temprana.

• Documentación básica para Discapacidad.

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Plan de tratamiento con objetivos y pronóstico aproximado propuesto por el profesional a cargo del mismo.
- Informe de evolución completo, realizado por el profesional actuante.
- Fotocopia de la última orden de autorización.
- Presupuesto detallando cantidad de sesiones y valor de cada una.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresa por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

Hogar

El Hogar es un servicio destinado a personas con discapacidad, cuyo objetivo es cubrir los requerimientos de vivienda, alimentación, recreación y atención especializada ante la ausencia de contención familiar. Existen dos modalidades de hogar: **HOGAR BÁSICO** y **HOGAR ASOCIADO**.

Documentación para acceder al HOGAR BÁSICO

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Nota del familiar o responsable legal solicitando el ingreso a hogar.
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe de admisión del Hogar especificando fecha de ingreso.
- Plan de tratamiento del Hogar.
- Cronograma de actividades del Hogar de lunes a lunes.
- Presupuesto detallando montos propuestos por el Hogar donde concurrirá.

¿En qué consiste el HOGAR BÁSICO?

Destinado a aquellas personas con discapacidad que posean un grado de auto-valimiento e independencia suficiente para desarrollar actividades en un servicio exterior al hogar (Inserción laboral, Taller protegido y/o instancia escolar). O a aquellos que por su alto grado de discapacidad y bajo nivel de valimiento necesiten de asistencia especializada permanente y carezcan de capacidad remanente para acceder a otras instancias educativas y/o terapéuticas.

¿Quién inicia el trámite?

Es trámite por vía de Autorización según Resolución 101/07. La solicitud de la prestación en Instituciones No Convenidas debe ser iniciada por el titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la delegación de IOMA más cercana a su domicilio, según Resolución 1242/08.

Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la Resolución 3624/10 de este IOMA.

Documentación para acceder al HOGAR ASOCIADO a Escuela Especial

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Nota del familiar o responsable legal solicitando el ingreso a hogar.
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe de admisión al Hogar especificando fecha de ingreso.
- Cronograma de actividades del Hogar de lunes a lunes.
- Presupuesto detallando monto propuesto.
- Informe social y Planilla de Hogar asociado, cumplimentada por el Establecimientos prestador.
- Informe de admisión de la Escuela.
- Plan de tratamiento propuesto por la Escuela.
- Cronograma de actividades de la Escuela.

Documentación para acceder al HOGAR ASOCIADO a Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Nota del familiar o responsable legal solicitando el ingreso a hogar.
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe de admisión al Hogar especificando fecha de ingreso.
- Cronograma de actividades del Hogar de lunes a lunes.
- Presupuesto detallando horarios y monto propuestos.

- Informe social y Planilla de Hogar Asociado (cumplimentada por el Establecimiento prestador).

En caso de ser asociado a Centro de Día

- Baja Escolar e informe completo realizado por equipo de la Escuela Especial a la que concurrió.
- Informe de admisión del Centro.
- Plan de tratamiento propuesto por el Centro.
- Cronograma de actividades del Centro.

En caso de ser asociado a Centro Educativo Terapéutico

- Baja Escolar o informe realizado por la Escuela Especial (que atienda el diagnóstico del afiliado) fundamentando la no admisión en la institución o la derivación al Centro, según el caso.
- Informe de admisión del Centro.
- Plan de tratamiento propuesto por el Centro.
- Cronograma de actividades del Centro.

¿En que consiste el HOGAR ASOCIADO?

Comprende 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 esta destinado a personas que presenten discapacidad y que no cuenten con familia continente.

- **Hogar asociado a Escuela especial:** es el servicio destinado a niños y jóvenes que tengan capacidades para recibir el abordaje pedagógico en el sistema escolar especial.
- **Hogar asociado a Centro Educativo Terapéutico:** es el servicio destinado a niños y jóvenes cuya discapacidad no les permite acceder al sistema oficial de educación especial y requieren este tipo de servicio 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 niños, jóvenes, y adultos con discapacidad severa o profunda, personas en situación de dependencia, egresados de la escuela especial, sin posibilidades de acceder al sistema laboral protegido y/o niños que por las características de su discapacidad no puedan acceder a las currículas contempladas en el área de educación especial.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresa por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico y Departamento Asistentes Sociales.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

Alto Grado de Dependencia

Ver página 65.

RENOVACIÓN



Condiciones y requisitos a cumplir por la INSTITUCIÓN:

Los afiliados que en el período anterior contaron con autorización del IOMA para esta cobertura podrán acceder a la **“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 Bs. As. o la otorgada por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.
- La Orden de Prestación del IOMA al afiliado o la orden de prestación (Resolución 713-09) no digan lo contrario.

- 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**, la Institución debe ingresar en <http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/Instructivo-Prorroga-Instituciones.pdf>. **Para realizar la misma**: <https://sistemas.ioma.gba.gov.ar/prorrogainstituciones/>
La cobertura por prórroga quedará supeditada al informe de la auditoría central y/o en terreno. Aquel Hogar Básico o asociado que no cumpla con los requisitos establecidos por Resolución, o que desde la Auditoría se considere que por algún motivo debiera suspenderse la cobertura, será notificado y quitado del circuito de liquidación hasta que se constate que se han modificado las razones que dieron lugar a la interrupción de la autorización.

¿Quién solicita la renovación en caso de prórroga de cobertura?

La presentación la realiza la institución vía web. **El afiliado no inicia trámite.**

¿Cómo debe proceder el empleado?

El empleado 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"**.

En los casos que se solicite brinda orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución será recibida **online** en la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico y Departamento Asistentes Sociales.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega a la institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

Documentación para RENOVACIÓN en INSTITUCIONES que no cumplen las condiciones y/o requisitos de "Prórroga de Cobertura" estipuladas.

• Documentación básica para Discapacidad.

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Nota del familiar o Representante legal solicitando la renovación del Hogar.
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Cronograma de actividades del Hogar de lunes a lunes y del Centro o Escuela.
- Presupuesto detallando monto propuesto.
- Informe de evolución completo.
- Copia de última orden de Autorización.
- Plan de tratamiento propuesto por el Centro o Escuela.

¿Quién solicita la renovación?

El afiliado por trámite.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA central.

Ingresa por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico y Departamento Asistentes Sociales.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

¿Existe cobertura en hogar geriátrico?

No, quedan expresamente excluidas de este programa todas las modalidades de atención gerontológicas y/o destinadas a pacientes geriátricos.

Alto Grado de Dependencia (AGD)

Es una opción sobre agregada a la prestación básica de Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogar u Hogar asociado. Está destinada a pacientes con cuadros motores y/o mentales severos con repercusión evidente en el desempeño global, expresándose por un alto nivel de dependencia funcional. **Cada caso en particular será evaluado por la auditoría especializada, quien determinará la “real necesidad de cobertura” por encontrarse o no la patología dentro del perfil “AGD”.**

¿Quién inicia el trámite?

Es un trámite por vía de Autorización según Resolución 101/07. La solicitud de la prestación en Instituciones no Convenidas debe ser iniciada por el 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.

Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la Resolución 3624/10 de este IOMA.

¿Qué documentación debe presentar?

- Remitirse a los requisitos de Solicitud de Alta de Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogar u Hogar Asociado según sea la prestación básica, e incluir:
- Planilla de Evaluación de AGD, completada por el profesional de la institución.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresará por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

¿Qué documentación debe presentar para **RENOVACIÓN** de Alto Grado de Dependencia?

1- Los afiliados que en el período anterior contaron con autorización del IOMA para esta cobertura podrán acceder a la **“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 Bs. As. o la otorgada por la Superintendencia de Servicios de Salud de Nación.
- La orden de prestación del IOMA al afiliado o la Orden de Prestación (Resolución 713-09) no digan lo contrario.
- 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**, la Institución debe ingresar en <http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/Instructivo-Prorroga-Instituciones.pdf>. **Para realizar la misma:** <https://sistemas.ioma.gba.gov.ar/prorrogainstituciones/>

2- Los afiliados que en el período anterior contaron con autorización del IOMA pero que en la Orden de Prestación del IOMA al afiliado o la orden de prestación (Resolución 713-09) digan AGD NO ENTRA EN PRÓRROGA o leyenda similar, deberán presentar trámite a fin de solicitar la renovación.

¿Quién solicita la renovación en caso de “Prórroga de cobertura”?

La presentación la realiza la Institución vía web. **El afiliado no solicita trámite.**



¿Cómo debe proceder el empleado?

El empleado 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”**.

En los casos que se solicite brinda orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la Institución será recibida **online** en la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico y Departamento Asistentes Sociales (en caso de corresponder).

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior

entrega a la institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

En caso de que AGD no entre en Prórroga el afiliado deberá presentar trámite

Requisitos que deberá contener el nuevo pedido:

Remitirse a los requisitos de Alta de Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogar u Hogar Asociado según sea la prestación básica e incluir: Planilla de Evaluación de AGD completa por el profesional de la Institución.

El trámite de renovación tendrá que presentarse antes de encontrarse vencida la cobertura. Se reevaluará en cada ocasión la posibilidad de ingresar en sistema de Prórroga.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresará por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

Extensión horaria

Aquellos afiliados que están concurriendo a Centro Educativo Terapéutico o Centro de Día y que por diversas razones derivadas de su discapacidad, entorno familiar o situación socio ambiental requieran permanecer en la Institución por más horas que la jornada completa autorizada inicialmente por este IOMA, podrán solicitar Extensión Horaria de su cobertura. El fundamento de esta variante, a contemplar por la auditoría, se sustenta en evitar la internación en forma precoz de un afiliado sin criterios suficientes para la modalidad HOGAR.

La evaluación de auditoría especializada deberá contar con informe previo del Departamento Asistentes Sociales.

¿Quién inicia el trámite?

Es un trámite por vía de Autorización según Resolución 101/07. La solicitud de la prestación en Instituciones no Convenidas debe ser iniciada por el 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. Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la Resolución 1534/08 de este IOMA. Las averiguaciones pertinentes al estado del trámite hasta su resolución final, deben realizarse en la Delegación o Región correspondiente o por la página Web.

¿Qué documentación debe presentar para solicitar el Alta o la **RENOVACIÓN**?

• Documentación básica para Discapacidad.

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Nota de familiar explicando los motivos de la presente solicitud.
- Plan de tratamiento, cronograma de actividades y presupuesto propuesto por el Centro Educativo Terapéutico o el Centro de Día para la extensión horaria.
- En caso de tratarse de una Renovación enviar fotocopia de última orden de Autorización.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresará por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico y Departamento Asistentes Sociales.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

Plan para Personas con Discapacidad Visual

El **objetivo fundamental del “Plan para personas con discapacidad visual”** (ceguera o disminución visual) es orientar sobre las modalidades prestacionales que se brindan en los centros especializados a los efectos de garantizar un proceso adecuado de habilitación o rehabilitación en función de la reinserción total.

Desde la perspectiva mencionada se toma en cuenta la condición personal, la edad, los intereses y necesidades del afiliado con discapacidad visual asegurando de esta manera la igualdad de oportunidades, a partir de un enfoque integral de la problemática que considera los determinantes biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales.

¿A quién esta dirigido el Plan?

Los afiliados con discapacidad visual que pueden acceder a la cobertura son las personas con ceguera o disminución visual. Se entiende por ceguera a la deficiencia sensorial que se caracteriza por el sistema visual de recolección de información total o seriamente dañado. La persona con ceguera tiene una ligera percepción de luz o no ve nada. Se entiende por disminución visual a la deficiencia sensorial que se caracteriza por el sistema visual de recolección de información parcialmente dañado. La persona con disminución visual es aquella que con la mejor corrección posible podrá ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta.

¿Quién inicia el trámite?

La solicitud debe ser iniciada por el 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.

Las averiguaciones pertinentes al estado del trámite hasta su resolución final deben realizarse en la Delegación o Región correspondiente al inicio del trámite o a través de nuestra web www.ioma.gba.gov.ar

Ingrese el número de trámite al Link “consulta de trámites y expedientes”.

La modalidad de cobertura es por trámite por vía de Autorización, según Resolución 101/07.

¿Cuáles son las modalidades de cobertura?

- Estimulación temprana.
- Escuela Especial.
- Rehabilitación.
- Centro de Día.
- Sesiones especiales (Integración, Asesoramiento o Tratamiento individual).

Documentación

• Documentación básica para Discapacidad.

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera y/o oftalmólogo.
- Plan de tratamiento propuesto por la Institución.
- Cronograma de actividades de la Institución.
- Fotocopia de currículum y de certificaciones del maestro integrador o profesor de ciegos y disminuidos visuales que acrediten formación en tratamiento de personas con discapacidad visual.
- Presupuesto propuesto por maestro integrador o profesor de ciegos y disminuidos visuales.
- Carta de institución declarando la falta de personal idóneo para realizar el tratamiento de la patología visual.
- Comprobante formal de los acuerdos establecidos entre la institución y el maestro integrador o profesor de ciegos y disminuidos visuales.
- Carta de la institución autorizando el ingreso del maestro integrador o profesor de ciegos y disminuidos visuales para realizar las sesiones especiales (en caso de Solicitud de Sesiones Especiales).

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA central.

Ingresará por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico.

Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad

por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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**.

Documentación para RENOVACIÓN en Centro de Día

Condiciones y requisitos a cumplir por la Institución:

Los afiliados que en el período anterior contaron con autorización del IOMA para esta cobertura podrán acceder a la **"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 Bs. As. o la otorgada por la Superintendencia de Servicios de Salud de Nación.
- La orden de autorización del IOMA al afiliado o la orden de prestación (Resolución 713-09) no digan lo contrario.
- 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**, la Institución debe ingresar en <http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/Instructivo-Prorroga-Instituciones.pdf>. **Para realizar la misma:** <https://sistemas.ioma.gba.gov.ar/prorrogainstituciones/>

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

¿Quién solicita la renovación en caso de "Prórroga de Cobertura"?

La presentación la realiza la institución vía web. **El afiliado no inicia trámite.**



¿Cómo debe proceder el empleado?

El empleado 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"**.

En los casos que se solicite, brinda orientación para el adecuado cumplimiento de la carga.

La documentación enviada por la institución será recibida **online** en la **Dirección de Programas Específicos**, Área Educativo Terapéutico. Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de autorización** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega a la institución a efectos de la posterior presentación de facturación.

Documentación para RENOVACIÓN en Centro de Día que no cumplen las condiciones y/o requisitos de "Prórroga de Cobertura" estipuladas.

El afiliado deberá iniciar el mismo trámite que para el inicio de la prestación.

Documentación para RENOVACIÓN en Escuela Especial

Remitirse a pg. 61.

Prestación por sistema de integración:

La escuela especial para discapacidad visual, realiza la integración de los afiliados en escuela común o especial (de acuerdo al déficit mental, motor, auditivo, visceral, trastorno de la personalidad del afiliado). El afiliado concurre a escuela común o especial en los distintos niveles educativos y a contra turno a escuela especial para personas con discapacidad visual según cantidad horaria establecida en Resolución 4061/10.

Documentación para RENOVACION en Escuela Especial que no cumplen las condiciones y/o requisitos de "Prórroga de cobertura" estipuladas.

Se debe iniciar el mismo trámite que para el inicio de la prestación.

Documentación para RENOVACION para Rehabilitación:

Se debe presentar la misma documentación que para el inicio de la prestación. Esta modalidad no entra en sistema de "Prórroga de Cobertura".

Descripción de las modalidades

• Estimulación Temprana

Cobertura en Establecimientos Educativos que posean servicio de Atención Temprana del Desarrollo Infantil (A.T.D.I). Los establecimientos educacionales que brinden la prestación deben depender de DIPREGEP o encontrarse habilitados por la Superintendencia de Servicios de Salud en caso de encontrarse radicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. También otorgamos cobertura en establecimientos de Estimulación Temprana, quienes deben acreditar habilitación por Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La cobertura se puede solicitar desde el nacimiento del afiliado y puede extenderse como máximo hasta los 4 años de edad.

• Escuela Especial

1- Para afiliados con patología de base de discapacidad visual sin componente agregado

El niño con discapacidad visual (ciego o disminuido visual) sin otras deficiencias asociadas está en condiciones de recibir educación formal sistemática, debe participar del mismo currículo que sus compañeros videntes, aunque se hace necesario adaptar algunas actividades, recursos y materiales didácticos para lograr la comprensión y la integración de los conocimientos en un ambiente social normalizador.

Cobertura en establecimientos educacionales que brinden prestaciones de educación especial - gestión privada (dependientes de DIPREGEP) para personas con discapacidad visual.

Cobertura por sistema de integración: la Institución prestadora, escuela especial para discapacidad visual, realiza la integración de los afiliados en escuelas comunes. El afiliado concurre a escuela común en los distintos niveles educativos y a contra turno a escuela especial para personas con discapacidad visual según cantidad horaria establecida en Resolución 1243/08 y 7268/08.

La escuela especial para discapacidad visual se encarga de fortalecer destrezas y habilidades a través de manejo de braille, orientación y movilidad (entrenamiento en uso de bastón blanco), actividades básicas cotidianas, computación, comunicación aumentativa alternativa y otros.

La cobertura se puede solicitar desde los 4 años hasta los 18 años pudiendo extenderse hasta la finalización de la educación formal.

2- Para afiliados con patología de base de discapacidad visual con componente agregado: visceral, mental, motor, auditivo, trastorno de la personalidad.

El niño con discapacidad visual (ciego o disminuido visual) con deficiencia asociada (visceral, mental, motor, auditiva, trastorno de la personalidad) está en condiciones de recibir educación formal sistemática. En algunas oportunidades se hace necesario adaptar actividades, currículo, recursos y materiales didácticos para lograr la comprensión y la integración de los conocimientos en un ambiente social normalizador.

Cobertura en establecimientos educacionales que brinden prestaciones de educación especial - gestión privada (dependientes de DIPREGEP) para personas con discapacidad visual y/o con déficit agregado mental, motor, auditivo, visceral, trastorno de la personalidad.

Además quedan cubiertas las sesiones especiales (Integración, Asesoramiento o tratamiento individual) a realizar por profesional capacitado (maestro integrador o profesor de ciegos y disminuidos visuales) en otros establecimientos de educación especial -encargados de abordar la patología agregada mental, motor, auditiva visceral, trastorno de la personalidad- o común de gestión pública o privada.

En caso de ser necesario se puede solicitar cobertura de sesiones especiales (integración, asesoramiento o tratamiento individual) a cargo de profesional capacitado (maestro integrador o profesor de ciegos y disminuidos visuales), prestación a realizarse en instituciones educativas públicas o privadas, de rama común o especial. El profesional brinda tratamiento de forma individual al afiliado en la escuela especial o común a la cual concurre y al mismo tiempo asesora al personal de la institución educativa.

Los profesionales de la escuela especial para discapacidad visual y los profesionales encargados de las sesiones especiales son los que deben fortalecer destrezas y habilidades a través de manejo de braille, orientación y movilidad (entrenamiento en el uso de bastón blanco), actividades básicas cotidianas, computación, comunicación aumentativa alternativa y otros.

Otorgamos cobertura desde los 4 años hasta los 18 años pudiendo extenderse hasta la finalización de la educación formal o ingreso en Centro de Formación Laboral, Taller Protegido o Centro de Día.

• Rehabilitación

1- Rehabilitación básica funcional

Otorga cobertura a partir de los 17 años, por 4 hs. diarias con un máximo de 3 veces por semana; por un período inicial de 12 meses y una continuidad opcional de 12 meses como máximo, según criterios y valores establecidos en Resolución 4061/10.

2- Rehabilitación integral con proyecto de capacitación y formación laboral (funcional y laboral).

Cobertura en casos especiales: una vez terminada la rehabilitación básica funcional y por un período de duración limitado de 1 año. La institución prestadora deberá acreditar proyecto de capacitación y formación laboral no protegida, para la reinserción del afiliado a la sociedad.

Ofrecemos cobertura en Centros de Rehabilitación habilitados por Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires o por Servicio Nacional de Rehabilitación.

3- Rehabilitación para pacientes no ambulatorios

Cobertura a afiliados con discapacidad visual no ambulatorios (que deban permanecer en su domicilio) con certificación de profesional médico clínico y/o fisiatra por un plazo de tiempo de no más de 3 meses con probable extensión de la misma, de acuerdo a la patología.

Ofrecemos cobertura de sesiones especiales (tratamiento individual) en domicilio.

El profesional capacitado (maestro integrador o profesor de ciegos y disminuidos visuales) será el encargado de propiciar el proceso de rehabilitación, fortalecer destrezas y habilidades a través de manejo de braille, orientación y movilidad (entrenamiento en manejo de bastón blanco), actividades básicas cotidianas, computación, comunicación aumentativa alternativa y otros.

• Centro de Día

1- Para afiliados con discapacidad visual como patología de base

Para afiliados con discapacidad visual que demande asistencia intensiva otorgamos cobertura en Centro de Día especializados en la atención del mencionado déficit.

2- Para afiliados con discapacidad visual con componente agregado: mental, neurolocomotor, auditivo, trastorno emocional severo.

En caso que la discapacidad visual demande menor asistencia que otro déficit (mental, neuro-locomotor, auditivo, trastorno de la personalidad) otorgamos cobertura en institución especializada en el abordaje del déficit preponderante: Centro de Día para discapacitado neurolocomotor, mental, auditivo, severos trastornos de la personalidad. Se entiende por Centro de Día a la institución destinada a recibir a jóvenes y/o adultos discapacitados severos y profundos, en situación de dependencia, egresados de la escuela especial, sin posibilidades de acceder al sistema laboral protegido; y/o niños que por las características de su discapacidad no pueden acceder a las currículas contempladas en el área de Educación Especial.

En este caso también reconocemos sesiones especiales (asesoramiento, integración, tratamiento individual): concurrencia de profesional capacitado (maestro integrador o Profesor especializado en ciegos y disminuidos) al Centro de Día a efectos de brindar asesoramiento al personal y atención individual del afiliado.

• Sesiones especiales (Integración, Asesoramiento o Tratamiento Individual)

Cobertura a afiliados con discapacidad visual con o sin déficit agregados (mental, neuro-locomotor, trastorno de la personalidad) en domicilio o en instituciones a las que concurren.

La prestación deberá ser realizada por profesional capacitado: maestro integrador, o profesor de ciegos o disminuidos visuales. El profesional deberá poseer título habilitante y acreditar experiencia previa como mínimo de dos años en la modalidad prestacional en cuestión.

Cobertura en establecimientos educacionales que brinden prestaciones de educación común (privada o pública) o especial (gestión privada), centro de día para personas con discapacidad visual y/o con déficit agregado mental, neuro-locomotor, auditivo, visceral, trastorno de la personalidad.

Las sesiones a domicilio también están cubiertas. Estas sólo tienen cobertura si el afiliado ha pasado por distintas instancias y no encontró cabida en ninguna de ellas. En este caso, el periodo máximo de cobertura es de dos años con opción a renovación por un año más debidamente fundamentado.

Sesiones especiales

- En caso de que el afiliado haya agotado todas las instancias institucionales, el profesional interviniente deberá desarrollar por escrito historial del afiliado. A la documentación enunciada al comienzo de Discapacidad Visual deberá anexarle:
- Fotocopia del currículum y de certificaciones que acrediten formación en tratamiento de personas con discapacidad visual.

2. REHABILITACIÓN



Tratamiento de Rehabilitación en Instituciones con Convenio con IOMA

¿Qué incluye esta prestación?

Todos aquellos tratamientos de rehabilitación (en todas sus modalidades) en Instituciones que tengan convenio con IOMA.

¿Cómo debe proceder el afiliado?

- Solicita un turno de evaluación en el Centro de Rehabilitación.
- Cuando concurre al Centro se realiza la evaluación y entrega la siguiente documentación:
- **Documentación básica.**

En caso de poseer certificado de discapacidad vigente adjuntar fotocopia

A partir de ese momento, es el Centro quien se ocupa de girar la documentación al Área de Rehabilitación del IOMA, vía fax y/o en forma directa. El Centro agrega a la documentación básica la Historia Clínica del afiliado y la Evaluación.

El trámite es evaluado por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de IOMA.

Tratamiento de Rehabilitación en Instituciones sin Convenio con IOMA

Documentación

- **Documentación básica.**
- En caso de tener Certificado de Discapacidad vigente (otorgado por Organismo oficial) incluir fotocopia.
- Derivación del 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 (en caso de ser ambulatoria frecuencia de días por semana y horario).
- Presupuesto del tratamiento por el prestador del servicio.
- Evaluación neuropsiquiátrica en lesionados cerebrales.

¿Quién inicia el trámite?

La solicitud debe ser iniciada por el 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.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a **IOMA Central**.

Ingresará por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Sector Auditoría de Rehabilitación.

Será evaluado por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, será aprobada por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del Directorio de este IOMA.

La **orden de prestación** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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 prestación permanecerá a la espera de la facturación en sector **Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación**.

RENOVACIÓN

Se adjunta a la documentación anterior un informe evolutivo médico fisiátrico y por áreas.

Equipamiento Ortésico-Protésico y Silla de Ruedas

Documentación para Equipamientos Ortopédicos y Silla de Ruedas que se encuentran incluidos en la Resolución 2345/09

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (otorgado por Organismo oficial).
- **Planilla 1** (provista por la Delegación o se puede bajar del sitio web de IOMA) completada por el médico prescriptor donde conste la codificación del elemento solicitado según Resolución.
- Estudios complementarios referentes a la patología discapacitante.
- Presupuesto del elemento con valores dentro de Resolución.

Documentación para Equipamientos Ortopédicos y Sillas de Ruedas que no se encuentran incluidos en la Resolución

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (otorgado por Organismo oficial).
- **Planilla 1** completada por el médico prescriptor.
- **Planilla 4** (provista por la Delegación o se puede bajar del sitio web de IOMA) completada por el médico prescriptor (debe constar diferencias con elementos incluidos en la Resolución).
- Estudios complementarios referentes a la patología discapacitante.
- Presupuesto.

Documentación para Silla de Ruedas Motorizadas

- **Documentación básica para Discapacidad.**
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (otorgado por Organismo oficial).
- **Planilla 1** con resumen de historia clínica y justificación médica de la misma, evaluación Neuro-ortopédica, detalle técnico de la silla de ruedas con características y material de construcción.
- **Planilla 2** (provista por la Delegación o se puede bajar del sitio de IOMA) completada por médico auditor de IOMA.
- **Planilla 3** (provista por la Delegación o se puede bajar del sitio web de IOMA) completada por médico prescriptor.
- Estudios complementarios referentes a la patología discapacitante.
- Presupuesto.

¿Qué incluye esta prestación?

Sillas de ruedas y Equipamiento ortésico protésico. Este último incluye: Ortesis, bipedestadores, valvas, férulas, corsé, camas ortopédicas, colchones, almohadón antiescaras, prótesis de amputación, etc.

¿Cómo es la cobertura?

La cobertura es del 100 % con autorización previa por auditoría médica especializada, a valores establecidos por Resolución.

¿Quién inicia el trámite?

La solicitud debe ser iniciada por el 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.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado presenta la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresa por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le da carga administrativa, y se envía a la **Dirección de Programas Específicos**, Sector Auditoría de Rehabilitación.

Allí es evaluado por la auditoría especializada para emitir informe técnico; si la solicitud se encuentra justificada, es refrendada por el Director 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 Director de Programas Específicos, y elevado el trámite a consideración del **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 afiliado a través de un Acta de Directorio, la que es girada a la Delegación de IOMA correspondiente.

¿Cómo debe ser solicitado el Equipamiento Ortésico a proveer en caso de que se encuentre incluido en la Resolución?

Deberá ser detallado por el médico prescriptor en la Planilla 1 (que será provista por la Región o Delegación de IOMA) donde describirá las características técnicas y material de construcción, justificando médicamente los beneficios que el afiliado obtendrá con el mismo, según la discapacidad descrita por resumen de historia clínica.

¿Cómo debe ser solicitado el Equipamiento Ortopédico en caso de que no se encuentre incluido en la Resolución?

A través de un trámite de excepción, requiriendo una fundamentada justificación médica. El trámite es evaluado por auditoría médica, quien luego de justificarlo o no, lo eleva al Honorable Directorio siendo este último quien decida la aprobación y posterior pase a la **Subdirección de Compras y Suministros** para su licitación.

¿Cómo debe ser solicitado el trámite en caso de Sillas de Ruedas cuyas características técnicas no se encuadren en la vigente resolución?

El pedido deberá ser fundamentado técnica y médicamente desde la discapacidad que presenta el afiliado, así mismo debe constar las diferencias técnicas con las que se encuentran incluidas en la Resolución.

Los elementos ortopédicos cotizados por IOMA no poseen marca comercial.

Hogar y Centro de Día para Discapacitados Adultos Crónicos

Documentación

• Documentación básica para Discapacidad.

- Fotocopia de Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).
- Nota del familiar o responsable legal solicitando el ingreso al Hogar o Centro de Día Adultos.
- Derivación médica con documentación que avale la patología del afiliado: 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 informe de auditoría médica regional.
- 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. Cumplimentar las Planilla de ANEXO 4: Solicitud de cobertura y FIM de la Resolución 6694/08. Esta planilla la posee el Centro.
- Cronograma de actividades del Hogar, nómina y horarios de profesionales intervinientes.
- Presupuesto del Establecimiento Prestador.

¿Qué incluye esta prestación?

Incluye la cobertura para la concurrencia a Hogar o Centro de Día Adultos Crónicos.

¿Quién inicia el trámite?

La solicitud debe ser iniciada por el 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.

Recuerde informar al afiliado que con su número de trámite, en el ícono "Consulta de trámite" del sitio web, puede realizar el seguimiento del mismo.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado presenta la documentación requerida, en la **Delegación de IOMA**, verificada la misma y evaluada por el auditor regional se inicia trámite para remitirse luego al IOMA Central.

Ingresará por **Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo**, donde se le da carga administrativa, y se remite al **Departamento Discapacidad y Rehabilitación**, sector Rehabilitación.

Allí es evaluado por auditoría especializada para emitir informe técnico médico, y por el **Departamento Asistentes Sociales** para la evaluación socio sanitaria que justifique la cobertura de la internación. Si la misma se encuentra justificada y contemplada dentro de resoluciones vigentes, es aprobada por el director de **Programas Específicos** atento a la delegación de esa facultad por parte del **Directorio** de este IOMA.

En caso que el trámite no alcance los criterios de aprobación, se comunica a los familiares y/o responsables legales, a quienes se los orienta para efectuar la búsqueda de alternativas prestacionales adecuadas.

La **orden de prestación** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la Delegación correspondiente para ser entregada al afiliado (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

En todos los casos de coberturas prestacionales resueltas en la Dirección de Programas Específicos, los trámites y la segunda copia de la orden de prestación permanecerán adjuntos, y a la espera de la presentación de facturación en el Sector **Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación**.

3. ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL – INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Documentación

- **Documentación básica.**
- En caso de poseer Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial) adjuntar fotocopia.
- Resumen de Historia Clínica.
- Formulario y Planilla de la Resolución vigente.

¿Qué incluye esta prestación?

Incluye la cobertura para la Atención domiciliaria integral o internación domiciliaria según Resolución vigente.

¿Quién inicia el trámite?

La solicitud debe ser iniciada por el 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.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado presenta la documentación requerida en la **Delegación** de IOMA, verificada la misma y evaluada por el auditor regional se inicia trámite para remitirse luego al **IOMA Central**.



La solicitud y autorización de estas prestaciones se realizan a través de un sistema informático provisto por el IOMA (el instructivo del mismo puede ser consultado en el sitio del Instituto).

El empleado realiza la carga del trámite on line en el nuevo sistema; a través del mismo podrán ser requeridas todas las prestaciones que los afiliados soliciten a través de esta modalidad de atención (recurso humano, aparatología e insumos, con posibilidad de ampliación o reducción de la prestación, de acuerdo a la evolución del paciente).

El trámite original se gira a **IOMA Central**, ingresa por **Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo**, en donde se le da carga administrativa y se remite al sector de **Internación Domiciliaria**.

Allí es evaluado por la auditoría especializada para emitir el informe técnico médico, el cual será girado a la Delegación vía on line. En la Delegación o Región se imprimirá una autorización por cada mes autorizado y una vez firmadas por el Director de la Región o la persona autorizada a tal efecto, será entregada al afiliado (quien deberá entregar los originales al prestador, a efectos de la posterior presentación de la facturación).

En todos los casos de coberturas prestacionales resueltas en la **Dirección de Programas Específicos**, los trámites y la copia de la autorización permanecerán adjuntos, a la espera de la presentación de facturación en el **Sector Liquidaciones del Departamento de Discapacidad y Rehabilitación**.

4. ENFERMERÍA DOMICILIARIA



Documentación

• Documentación básica.

- En caso de poseer Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial) adjuntar fotocopia.
- Nota del familiar solicitando el servicio.
- Solicitud de enfermería a domicilio, emitida por el médico de cabecera. Especificar tareas que deberá realizar el enfermero, a fin de estimar la cantidad de horas diarias o semanales requeridas y período de cobertura solicitado, indicando la fecha de iniciación durante el cual será requerido el servicio.
- Historia clínica completa.
- Presupuesto original con detalle de tareas o recibo de pago o factura en formulario B o C debidamente conformados, en caso de autorización o reintegro, donde conste datos personales, teléfono del enfermero y matrícula profesional.
- Título habilitante del enfermero certificado por el Ministerio de Salud y registro en AFIP.
- El profesional deberá completar la Planilla Autorización- Prácticas de Enfermería.

Se puede imprimir desde la página web o solicitarla en la Delegación.

- Para solicitar la prórroga, adjunte fotocopia de la última autorización.
- Informe de auditoría médica regional.

En ningún caso se retendrán en el trámite estudios originales del afiliado, sólo informe de Auditoría Médica Regional.

¿Qué incluye esta prestación?

Incluye toda práctica de enfermería profesional efectuada en el domicilio del paciente.

¿Quién inicia el trámite?

La solicitud debe ser iniciada por el 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.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado presenta la documentación requerida, en la **Delegación de IOMA**, verificada la misma y evaluada por el auditor regional se inicia trámite para remitirse luego al **IOMA Central**.

Ingresa por **Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo**, donde se le da carga administrativa, y se remite al **Departamento de Discapacidad y Rehabilitación**, sector Rehabilitación.

Allí es evaluado por auditoría especializada para emitir informe técnico médico, y por el **Departamento Asistentes Sociales** para la evaluación socio sanitaria que justifique la cobertura. Si la misma se encuentra justificada y contemplada dentro de resoluciones vigentes, es aprobada por el director de **Programas Específicos** atento a la delegación de esa facultad por parte del **Directorio** de este IOMA.

En caso que el trámite no alcance los criterios de aprobación, se comunica a los familiares y/o responsables legales, a quienes se los orienta para efectuar la búsqueda de alternativas prestacionales adecuadas.

La **orden de prestación** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la **Delegación** correspondiente para ser entregada al afiliado (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación).

En todos los casos de coberturas prestacionales resueltas en la Dirección de Programas Específicos, los trámites y la segunda copia de la orden de prestación permanecerán adjuntos, y a la espera de la presentación de facturación en el **Sector Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación**.

5. NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL DOMICILIARIAS



Documentación

• Documentación básica.

- En caso de poseer Certificado de Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial) adjuntar fotocopia.
- Derivación médica con documentación que avale la patología del afiliado 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 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.
- Todo aquel afiliado que cuente con Certificado de Discapacidad, copia del mismo.
- Para solicitar Prórroga se debe adjuntar fotocopia de la autorización anterior.

¿Qué incluye esta prestación?

Incluye toda la nutrición enteral y parenteral efectuadas a domicilio.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado presenta los formularios junto con la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional, se inicia trámite para luego remitirse a **IOMA Central**.

Ingresa por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo**, donde se le da carga administrativa y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Sector Auditoría de Nutrición Enteral / Parenteral Domiciliaria.

El trámite es evaluado por la auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada y contemplada dentro de Resoluciones vigentes, es aprobado por el Director de Programas Específicos, atento a la delegación de esa facultad por parte del **Directorio** de esta obra Social.

La **orden de prestación** se emite por triplicado, remitiendo original y copia a la **Delegación** correspondiente para su posterior entrega al afiliado (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 prestación permanecerá a la espera de la facturación en sector **Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación**.

6. OXIGENOTERAPIA



Documentación para Oxigenoterapia

T6 (tubos de oxígeno gaseoso) – MUT (mochila de oxígeno gaseoso)- MOL (mochila de oxígeno líquido) – CC+T1 (concentrador).

• Documentación básica.

- 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 la 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 presupuestos.

Documentación necesaria para Asistencia Ventilatoria (CPAP – BPAP – Respirador – Oxímetro de Pulso- Monitor de Apneas)

- **Documentación básica.**

- Planilla de Asistencia Ventilatoria (firmada por Neumonólogo o especialista en vías respiratorias).
- Estudios que avalen el diagnóstico (ej: polisomnografía en caso de apneas).
- No se requiere presentar presupuestos.

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

¿Qué incluye esta prestación?

Servicio de oxigenoterapia y Asistencia Ventilatoria.

Documentación para RENOVACIÓN

- **Documentación básica.**

- Planilla de Control Epidemiológico (Oxigenoterapia o Asistencia Ventilatoria según corresponda).
- Estudios realizados en los últimos meses (ej.: gasometría).
- No se requiere presentar presupuestos.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado presenta la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite a fin de remitirlo por FAX a FEMAPE. Este lo envía a la **Dirección de Programas Específicos**, Sector Auditoría de Oxigenoterapia. Allí es evaluada por auditoría especializada para emitir informe en planilla de autorización por duplicado, con conformidad del Director de Programas Específicos. Se le informa al FEMAPE la autorización, quien asigna y remite la orden de provisión al proveedor de oxigenoterapia. El FEMAPE factura la prestación adjuntando el remito debidamente conformado por el afiliado y la autorización emitida por la auditoría.

Consultas en FEMAPE: (0221) 439-5000.

¿En qué casos se otorgan Nebulizadores, Aspiradores y Dispositivos de Kinesioterapia Respiratoria?

Sólo se otorgará para aquellos casos de patologías respiratorias que lo justifiquen.

Debe iniciarse Trámite de Excepción. La cobertura es para Nebulizadores a pistón (no ultrasónicos).

¿Cómo es la cobertura?



Documentación para Nebulizadores, Aspiradores y Dispositivos de Kinesioterapia Respiratoria

- **Documentación básica.**

- Orden médica.
- Historia clínica detallada, realizada por especialista.
- Estudios complementarios que justifiquen la patología.
- Presupuesto original o recibo de pago en caso de solicitud de reintegro.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado deberá presentar la documentación detallada en la **Delegación** correspondiente. Verificada la misma y evaluada por el auditor regional se le otorga número de trámite para remitir a IOMA Central.

Ingresa por **Mesa de Entradas, Salidas y Archivo** donde se le dará carga administrativa, y se enviará a la **Dirección de Programas Específicos**, Área Oxigenoterapia. Será evaluada por auditoría especializada para emitir informe técnico; si la prestación se encuentra justificada o no se envía el trámite al **Honorable Directorio** para la resolución final. Posteriormente se gira a **Subdirección de Compras y Suministros** para su licitación, adjudicación y confección de remito. Se entrega remito a delegado para su posterior entrega al afiliado (quien facilitará el original al prestador del servicio, a efectos de la posterior presentación de facturación). De haber resultado denegado se notifica al afiliado a través de un Acta de Directorio, la que es girada a Delegación de IOMA correspondiente.

7. TRANSPORTE – TRASLADOS

Documentación

• Documentación básica.

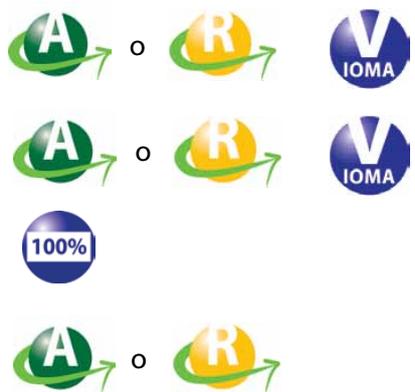
- Nota solicitando autorización o reintegro.
- Orden médica con diagnóstico y especificación del motivo del traslado indicando origen y destino.
- Historia clínica especificando justificación del motivo del traslado.
- Presupuesto o factura B o C con detalle de kilómetros y su costo por kilómetro.
- Fotocopia de habilitación municipal y/o ministerial de la unidad de traslado.
- Constancia del servicio al que asiste.
- Para afiliado 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. Deberá anexarle la verificación afiliatoria.

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

Exclusiones:

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

Prestación	Cobertura
<p>Incluye transporte para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con discapacidad que concurren a centros de día, centros educativos terapéuticos y escuelas especiales. • Rehabilitación. • Traslado en ambulancia para pacientes internados. • Pacientes ambulatorios. 	

¿Cuáles son los medios de transporte autorizados a realizar traslados?

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



En estos últimos tres móviles sólo se computarán los kilómetros con el paciente a bordo.

- Ambulancias:
 - Sin médico
 - Con médico
 - 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 requieran soporte de sus funciones vitales o presentan inestabilidad clínica manifiesta.



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

¿Cómo debe proceder el empleado 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 de Director de Región.

Se entrega al afiliado el original del Acta de Reintegro.

El pago es por cuenta Bapro.

¿Cómo debe proceder el empleado en caso de Autorización?

Ver la explicación específica de cada modalidad, más adelante.

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

¿A quién está destinado este tipo de traslado?

Los afiliados que acceden al servicio de traslado en cuestión son los 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 afiliado puede optar por las opciones **a, b, c o d**.

1 a- Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico que cuenta con transporte propio o tercerizado y el afiliado 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 (ver más adelante).

1 b- Si el afiliado viene recibiendo cobertura de prestación básica y del traslado hasta 20 Km. diarios (10km ida y 10km 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.

1 c- Si el Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico tiene autorizada la prestación 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 kilómetros superan los 20 Km. por día, el afiliado debe iniciar trámite solicitando el excedente de kilómetros diarios (ver más adelante).

1 d- Si el Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico no tiene transporte propio o tercerizado: se debe solicitar cobertura por trámite.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado presenta la documentación detallada en la **Delegación o Región** correspondiente. Verificada la misma es evaluada por auditoría especializada de Región quien emite informe en planilla de autorización de traslado y eleva el trámite a **Sede Central**. Allí la Auditoría del Sector Traslados ratifica o rectifica el informe de auditoría de Región, con conformidad del Director de Programas Específicos. El trámite vuelve a **Región** donde se confecciona la orden de prestación con firma del Director de Región.

Se entrega al afiliado 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 Departamento Discapacidad y Rehabilitación**.

¿Cómo debe proceder el empleado ante la solicitud de kilómetros excedentes?

El afiliado presenta la documentación detallada anteriormente en la **Delegación o Región** correspondiente. Verificada la misma es evaluado por la auditoría especializada de la **Región** quien emite informe en planilla de autorización de traslado y eleva el trámite a **Sede Central**. Allí, la auditoría del Sector Traslados ratifica o rectifica el informe de auditoría regional, con confor-

midad del Director de Programas Específicos. El trámite vuelve a Región donde se confecciona la Orden de Prestación, con firma del Director de la Región.

Se entrega al afiliado el original de la orden de prestación para que la entregue 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 Departamento Discapacidad y Rehabilitación**.

2- Escuela Especial

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

¿Cómo debe proceder el empleado?

Ver la explicación para Traslado a Centro Educativo Terapéutico o Centro de Día SIN CONVENIO con IOMA pág. 80.

3- Centro Educativo Terapéutico o Centro de Día CON CONVENIO con IOMA

El traslado está dentro de la prestación básica hasta los 20 Km. diarios (10km ida y 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 un trámite de autorización.

REHABILITACIÓN

¿Qué incluye esta prestación?

Concurrencia a Centros de Rehabilitación con o sin convenio, o a consultorios para diferentes terapias de rehabilitación (kinesiología, fonoaudiología, hidroterapia, etc.), con un tratamiento de más de tres meses de duración.

¿Cómo debe proceder el empleado?

Ver la explicación para Traslado a Centro Educativo Terapéutico o Centro de Día SIN CONVENIO con IOMA pág. 80.

¿Cómo debe proceder el empleado en el caso de tratamientos inferiores a tres meses de duración?

El afiliado 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 firma del Director regional.

El trámite NO se envía a Sede Central.

TRASLADO EN AMBULANCIA DURANTE UNA INTERNACIÓN

¿Qué incluye esta prestación?

Los traslados en ambulancias durante una internación en una clínica de la provincia de Buenos Aires o de la Ciudad Autónoma.

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.

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



El afiliado no deberá iniciar trámite ni abonar suma alguna ya que el IOMA se hace cargo del costo de dicho traslado.

PACIENTES AMBULATORIOS (TRÁMITES DESCENTRALIZADOS)

¿Qué traslados están incluidos bajo esta modalidad?

- Traslados para pacientes que requieran rehabilitación por períodos menores a tres meses de tratamiento.

- Traslados para controles médicos.
- Traslados para tratamientos oncológicos.
- Traslados por urgencias médicas.

¿Cómo debe proceder el empleado?

El afiliado presenta la documentación detallada en la **Delegación o Región** correspondiente. Verificada la misma es evaluada por la auditoría especializada de la **Región**, quien confecciona la orden de prestación con firma del Director regional. **El trámite NO va a Sede Central**. Se entrega al afiliado 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 permanece en la Región a la espera de la facturación, una vez adjuntada se envía a **Sector Liquidaciones del Departamento Discapacidad y Rehabilitación**.

¿Quien inicia el trámite para los traslados que lo requieran?

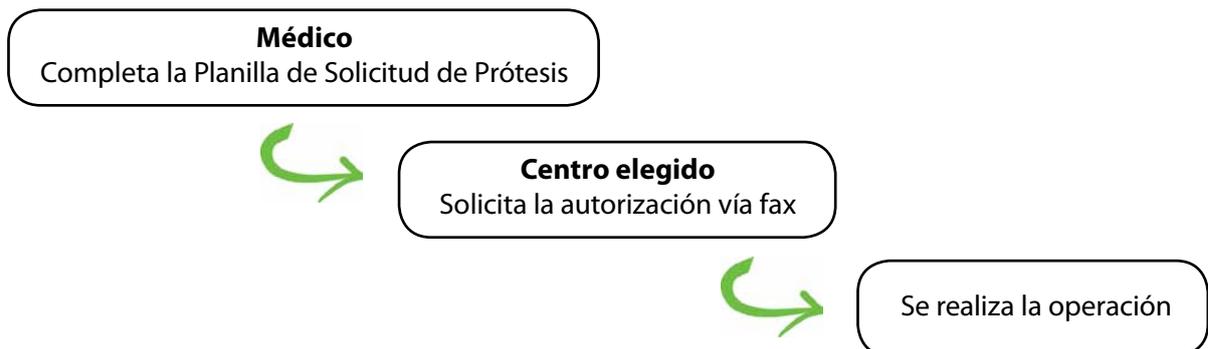
La solicitud debe ser iniciada por el titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar en la delegación de IOMA más cercana a su domicilio según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08.

prótesis en interna

Prótesis en Internación

Prestación	Cobertura
Prótesis de colocación permanente, que se utilicen durante una internación: <ul style="list-style-type: none">• Cardiovasculares: Marcapasos, Prótesis vasculares, Stent y otras.• Traumatológicas: Prótesis de cadera, de rodilla, de columna y otras.• Neuroquirúrgicas: Válvulas para hidrocefalia y otras.• Cirugía general: Mallas de refuerzo, suturas mecánicas y otras.• Otorrinolaringológicas: Diábolos y otras.• Oftalmológicas: Bolilla de nucleación y otras.• Oncológicas: Catéter implantable y otras.• Urológicas: Stent intrauretral y otras.• Nacionales e importadas de acuerdo a normativas vigentes.	En prestadores privados de la Pcia de Buenos Aires   vía fax
	En Hospitales públicos y prestadores de la Ciudad Autónoma de Bs. As.  

En prestadores privados de la Provincia de Buenos Aires



Documentación

- **Documentación básica.**
- Solicitud del médico en la Planilla de Solicitud de Prótesis completa, la cual se entrega en la administración del establecimiento donde se realizará la práctica y se remite vía fax a IOMA para su autorización.
- En algunos casos le pueden pedir al afiliado fotocopia de los informes de estudios que certifiquen la patología.

En Hospitales Públicos o prestadores de la Ciudad Autónoma de Bs. As



Documentación

• Documentación básica.

- Historia clínica completa.
- Planilla de Solicitud de prótesis completa, firmada y sellada por el Jefe de servicio del Hospital o Centro Prestador.
- Presupuesto de lo indicado.
- Estudios realizados que demuestren la patología (placas, Rx, RMN, etc.).

Para prótesis en la especialidad Cirugía Cardiovascular anexar como estudios complementarios:

- Electrocardiograma.
- Cateterismo.
- Holters.
- Cámara Gamma.
- Permisi3n miocárdica.
- Ecocardiograma.
- Ecodoppler, etc.

¿Qué tiene que hacer el afiliado?

• En prestadores privados de la Provincia de Buenos Aires:

Concurrir al establecimiento donde se realizará la práctica con la documentación necesaria.

• En Hospitales Públicos o prestadores de la Ciudad Autónoma de Bs. As.:

El afiliado debe iniciar un trámite por provisión en su Delegación, con la documentación necesaria. Una vez evaluado el trámite por la Auditoría médica especializada en Sede Central, se otorgará (en caso de ser aprobado) una orden de provisión al afiliado en la Delegación correspondiente.

Prestación	Cobertura
1. Psoriasis Leve	Compra directa en la farmacia, con recetario
2. Psoriasis Moderada	
3. Severa	 (Por 3 meses)
4. Módulo P.U.V.A. Methoxsalen – U.V.B. – U.B.A.	

1. PSORIASIS LEVE



¿Qué tiene que hacer el afiliado en caso de requerir la medicación?

Debe concurrir directamente a la farmacia con el recetario.

¿Qué medicamentos le cubren?

Corticoesteroides (crema, emulsión, loción, ungüento); Alquitranes (shampoo, cremas, lociones) y derivados de la vitamina "D" (loción, ungüento).

2. PSORIASIS MODERADA



¿Qué tiene que hacer el afiliado en caso de requerir tratamiento?

Debe concurrir a la Delegación e iniciar una autorización.

¿Qué tratamientos y medicamentos se cubren?

Tópicos: Inmunomoduladores y Sistémicos: Metotrexato, Ciclosporina, Acitretina, Isotretinoína.

Medicamentos: Tacrolimus, Pimecrolimus. Estos están indicados para las siguientes patologías: Psoriasis moderada y severa, Dermatitis atópica moderada y severa, Eccema crónico y Vitiligo.

Documentación necesaria para tratamientos Tópicos y sistémicos

- **Documentación básica.**

- Orden médica.
- Historia clínica.
- Estudios complementarios.
- Documentar falta de respuesta o refractoriedad para evaluar posible uso de Agente Biológico.

Documentación necesaria para los medicamentos Tacrolimus, Pimecrolimus

- **Documentación básica.**
- Receta.
- Historia clínica con: Características evolutivas / Superficie corporal comprometida / Tipo de Psoriasis / Compromiso físico, psicológico y social / Tratamientos previos / Fundamento de la solicitud
- Documentación avalatoria (en Psoriasis articular).

3. PSORIASIS SEVERA



¿Qué tiene que hacer el afiliado en caso de requerir la medicación?

Debe iniciar el trámite vía MEPPES. Se autorizan por 3 meses, en forma on line, los siguientes medicamentos:

Tratamiento Sistémico: Metrotrexato, Ciclosporina

Terapéuticas Biológicas: Adalimumab, Alefacept, Efalizumab, Etanercept, Infliximax

Documentación necesaria

- **Documentación básica.**
- Orden médica.
- Historia Clínica completa. Deberá documentar la falta de respuesta o refractoriedad de otros tratamientos o fracaso o intolerancia de medicaciones sistémicas, a fin de evaluar el uso de agentes biológicos o en Psoriasis recalcitrante, limitaciones físicas o psíquicas.
- Estudios complementarios relacionados a su afección.
- En caso de haber utilizado las primeras y segundas líneas de tratamiento por otras vías, deberá documentar la fuente de financiamiento.
- Información al paciente y consentimiento informado.

4. MÓDULO P.U.V.A. / METHOXSALEN – U.V.B. – U.B.A.



¿Qué tiene que hacer el afiliado en caso de requerir tanto las sesiones como los fármacos?

Debe iniciar un único trámite en la Delegación. Las sesiones U.V.A. se otorgan por tres meses con renovación y el fármaco se provee hasta dos envases por mes.

Documentación necesaria

- **Documentación básica.**
- Orden médica.
- Historia Clínica.
- Presupuesto de las sesiones U.V.A. o U.V.B. c/ dosis, consumo mensual y receta del medicamento sensibilizante (original y copia).

El afiliado que padezca esta enfermedad cuenta con el servicio de:



0221- 4259043 / 4295908
iomamascerca@ioma.gba.gov.ar
Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hs

Central de Referencia para la contención, orientación y asesoramiento de un grupo específico de Afiliados con Patologías Crónicas Complejas y Beneficiarios de Planes Especiales de Atención. Dirigido tanto a estos pacientes como a su grupo familiar.

1. CONSULTA PSIQUIÁTRICA
2. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO
3. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO INDIVIDUAL, EDUCACIONAL, GRUPAL, FAMILIAR y de PAREJA
4. MÓDULOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA Y NEUROCOGNITIVA Y PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO Y NEUROCOGNITIVO
5. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS Y PROYECTIVAS REALIZADAS POR PSICÓLOGOS EN LOCALIDADES QUE NO CUENTEN CON PRESTADORES

6. PRÁCTICAS QUE REQUIEREN TRÁMITE DE EXCEPCIÓN:

- Atención Psicopedagógica
- Psicoterapia Familiar o de Pareja o Grupal en localidades que no cuenten con Prestadores
- Psiquiatría: para trámites que superen las 48 sesiones o aquellos casos que no existan psiquiatras adheridos en la zona de residencia del afiliado.
- Tratamientos en trastornos por consumo de sustancias (drogas o alcohol)
- Tratamiento integral en trastornos de alimentación (Bulimia y Anorexia)
- Acompañamiento Terapéutico
- Psicoterapia Individual en localidades que no cuenten con Prestadores
- Terapia Ocupacional

7. PRESTACIONES CONTEMPLADAS DENTRO DEL CONVENIO IOMA-ABEASM (Asociación Bonaerense para la Asistencia en Salud Mental) y IOMA-FECLIBA (Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires).

- Hospital de día: jornada parcial y completa
- Internación Psiquiátrica

1. CONSULTA PSIQUIÁTRICA

Círculo Médico o Boca de Expendio
Adquiere el bono



Consultorio Psiquiátrico
Realiza la práctica

Prestación	Cobertura
Consulta psiquiátrica	

¿Cómo accede el afiliado a esta práctica?

Adquiere un bono de consulta, de acuerdo a la categoría del profesional, en el Círculo Médico o Agrupación respectiva. Se autorizan 24 sesiones familiares al año y 48 sesiones individuales al año. En caso de complementar con Psicoterapia la orden se autoriza en la Delegación.

2. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

¿Cómo accede el afiliado a esta práctica?

Debe informarse a través de nuestra página web o del Colegio de Psicólogos de la Provincia, cuáles son los profesionales prestadores. Una vez elegido concurre a la Delegación para autorizar la orden de tratamiento.

Círculo médico o boca de expendio
Adquiere el bono



Consultorio Psiquiátrico
Realiza la práctica

Prestación	Cobertura
Tratamiento psiquiátrico	 Se autorizan 24 sesiones familiares y 48 individuales. En caso de complementar con Psicoterapia, se autoriza la orden de tratamiento en Delegación.

3. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO INDIVIDUAL, EDUCACIONAL, GRUPAL, FAMILIAR y de PAREJA

Consultorio Psicológico



Afiliado abona un valor por sesión

Prestación		Cobertura
• Tratamiento Psicoterapéutico Individual	 	Se autorizan 40 sesiones (4 o 5 por mes). Primeras 4 sesiones a cargo del afiliado.
• Tratamiento Psicoterapéutico Educacional • Tratamiento Psicoterapéutico Grupal		Se autorizan 40 sesiones (4 o 5 por mes). Primera sesión a cargo del afiliado.
• Tratamiento Psicoterapéutico Familiar		Se autorizan 18 sesiones (4 o 5 por mes). Primera sesión a cargo del afiliado.
• Tratamiento Psicoterapéutico de Pareja		Se autorizan 24 sesiones (4 o 5 por mes). Primera sesión a cargo del afiliado.

¿Cómo accede el afiliado a las prácticas de Psicoterapia Individual?

Concurre al profesional elegido. En el consultorio debe abonar al 100 % cada una de las primeras cuatro consultas (la primera entrevista y las sesiones iniciales se encuentran exclusivamente a su cargo).

Si se decide el inicio de un tratamiento psicoterapéutico, el psicólogo solicita la autorización a través del sitio Web del IOMA y el afiliado paga un valor determinado en cada sesión.

¿Se pueden autorizar más prácticas además de las establecidas?

Sí. En una primera instancia se autorizan 40 sesiones. Finalizadas las mismas, se puede otorgar la prórroga del tratamiento (hasta 22 entrevistas). Esta decisión queda sujeta a auditoría médica y se modifican los montos. Cumplidas las 22 sesiones, puede requerirse una nueva prórroga.

¿Cómo es la cobertura en el caso de la Psicoterapia Educacional, Grupal, Familiar y de Pareja?

En el consultorio médico se abona un valor específico por la entrevista inicial. Luego, si el afiliado se decide el inicio de un tratamiento psicoterapéutico, el psicólogo solicita la autorización a través del sitio Web del IOMA, y el afiliado en este caso paga una suma menor.

¿Cuántas entrevistas o sesiones se autorizan?

Tanto para la Educacional como para la Grupal, se autorizan 40 entrevistas. En cambio para la Familiar se autorizan 18 sesiones y para la de Pareja 24.

¿Tienen cobertura las entrevistas de orientación para padres de afiliados menores de 18 años?

Sí. La misma cobertura que el hijo.

4. MÓDULOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA, NEUROCOGNITIVA y PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO y NEUROCOGNITIVO



Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> Módulo de Evaluación Psicológica Módulo de Evaluación Neurocognitiva Psicodiagnóstico Clínico Psicodiagnóstico Neurocognitivo 	

Documentación necesaria para todas las prácticas anteriores

- **Documentación básica.**

¿Cómo accede el afiliado a las prácticas?

Para acceder a la prestación concurre al profesional elegido. En el consultorio abona por cada Módulo valores estipulados.

5. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS y PROYECTIVAS REALIZADAS por PSICÓLOGOS en LOCALIDADES QUE NO CUENTEN CON PRESTADORES



Prestación	Cobertura
Pruebas Psicométricas y proyectivas realizadas por Psicólogos en localidades que no cuenten con prestadores	

¿Cómo accede el afiliado a las prácticas?

Para acceder a la prestación debe concurrir al médico, quien le realizará la derivación al psicólogo. Una vez realizada la práctica debe iniciar el trámite en la Delegación, vía reintegro.

Documentación

- **Documentación básica**

- Derivación del médico.
- Informe del profesional que incluya descripción de la batería psicodiagnóstica y resultados.
- Recibo de pago o factura C.

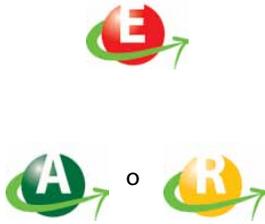


Desde nuestro sitio web el afiliado puede visualizar el listado de Profesionales adheridos entro los que puede elegir para cada prestación.

Es importante recordarle que no debe abonar suma alguna, más allá de los valores estipulados. Los mismos están actualizados en nuestro sitio web.

6. PRÁCTICAS QUE REQUIEREN TRÁMITE DE EXCEPCIÓN



Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> • Atención Psicopedagógica • Psicoterapia familiar o de pareja, en localidades que no cuenten con Prestadores • Psiquiatría: para trámites que superen las 48 sesiones o aquellos casos que no existan psiquiatras adheridos en la zona de residencia del afiliado • Tratamientos en trastornos por consumo de sustancias (drogas o alcohol) • Tratamiento integral en trastornos de alimentación (Bulimia y Anorexia) • Acompañamiento Terapéutico • Psicoterapia Individual en localidades que no cuenten con Prestadores • Terapia Ocupacional 	

Documentación necesaria para Atención Psicopedagógica

- **Documentación básica.**
- Planilla de Tratamiento Psicopedagógico (planilla N° 6, puede imprimirse desde el sitio web).
- Recibo de pago o presupuesto en caso de reintegro o autorización.
- Derivación profesional o de Establecimiento Educativo.

Documentación necesaria para Psicoterapia familiar o de pareja en localidades que no cuenten con Prestadores

- **Documentación básica.**
- Planilla de Psicoterapia Familiar o de Pareja (planilla N° 7, puede imprimirse desde el sitio web).
- Recibo de pago o presupuesto en caso de reintegro o autorización.

Documentación necesaria para Psiquiatría: para trámites que superen las 48 sesiones o aquellos casos que no existan psiquiatras adheridos en la zona de residencia del afiliado

- **Documentación básica.**
- Constancia de que se hayan superado las 48 sesiones, expedido por el Círculo Médico de la zona.
- Planilla de Psicoterapia individual (Psicoterapia y Psiquiatría) (planilla N° 4, puede imprimirse desde el sitio web).
- Orden de prórroga del psiquiatra.

Documentación necesaria para Tratamientos en trastornos por consumo de sustancias (drogas o alcohol)

- **Documentación básica.**
- Historia Clínica.
- Presupuesto o recibo de pago en caso de autorización o reintegro.

¿Qué modalidades incluye esta prestación?

El tratamiento puede ser con Internación en comunidad terapéutica, hospital de día jornada parcial y jornada completa, ambulatorio.

¿Cómo es el Convenio con la Subsecretaría de Atención a las Adicciones?

Por convenio con dicha Subsecretaría, los afiliados pueden ser asistidos a través de la Red Prestacional de la Secretaría, sin costo alguno. La solicitud la deben realizar en la Secretaría contra prestación de DNI, recibo de sueldo y credencial.

Pueden obtener mayor información llamando al **0800-222-5462**, o personalmente en cualquiera de los 180 Centros de Atención de la Subsecretaría, distribuidos en la Provincia de Buenos Aires o a través de su página web www.sada.gba.gov.ar.



Para conocer en dónde están distribuidos los centros de atención hay un link en esta prestación en nuestro sitio web.

Documentación necesaria para Tratamiento integral en trastornos de alimentación (Bulimia y Anorexia)

- **Documentación básica.**
- Orden médica.
- Presupuesto o Factura (según se trate de autorización o reintegro).
- Historia Clínica donde conste diagnóstico y estado actual.
- Estudios que justifiquen la necesidad de tratamiento (hormonales, antropométricos, ginecológicos, etc).

Documentación necesaria para Acompañamiento Terapéutico

- **Documentación básica.**
- Indicación médica con descripción de días y horas solicitadas.
- Historia clínica con diagnóstico, antecedentes, estado actual y fundamentación de la solicitud.
- Presupuesto, CV del Acompañante Terapéutico con plan de abordaje, constancia de inscripción en Monotributo y Certificado de curso de Acompañante Terapéutico.
- Factura en caso de solicitar reintegro. Estudios que justifiquen la necesidad de tratamiento (hormonales, antropométricos, ginecológicos, etc).

Documentación para RENOVACIÓN para Acompañamiento Terapéutico

- **Documentación básica.**
- Indicación de continuidad.
- Informe de evolución realizado por el médico.
- Informe del Acompañante Terapéutico.

Documentación necesaria para Terapia Ocupacional

- **Documentación básica.**
- Derivación del Profesional en Salud Mental.
- Presupuesto en caso de solicitar autorización, o facturas en caso de reintegro.
- Evaluación y propuesta terapéutica del Terapeuta Ocupacional Matriculado.

7. PRESTACIONES CONTEMPLADAS DENTRO DEL CONVENIO IOMA-ABEASM (Asociación Bonaerense para la Asistencia en Salud Mental) y IOMA-FECLIBA (Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires).



Prestación	Cobertura
<ul style="list-style-type: none"> • Internación Psiquiátrica • Hospital de día: jornada parcial y completa 	

Documentación necesaria para Internación Psiquiátrica y Hospital de día

- **Documentación básica.**
- Orden médica.

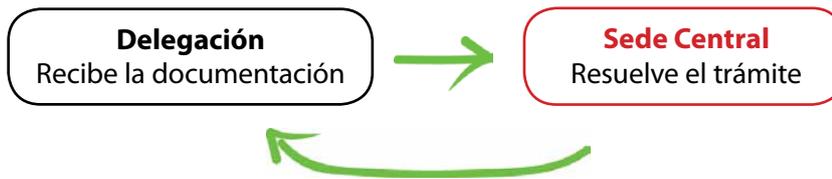
¿Cómo accede el afiliado a las prácticas?

Debe comunicarse con la Asociación Bonaerense para la Asistencia en Salud Mental al teléfono: **0800-333-1988**, las 24 horas y solicitar ser evaluado y orientado por la **ABEASM**. En esa instancia le indicarán los pasos a seguir y el prestador al que pueda concurrir.



Es útil recordarle al afiliado que no debe abonar suma alguna

Traslados en ambulancia



Prestación	Cobertura
El traslado está contemplado en todos los casos en los cuales se justifique un traslado en ambulancia.	 Prevía evaluación de Auditoría Médica

Documentación necesaria

- **Documentación básica.**
 - Nota de solicitud del traslado (en caso de autorización).
 - Orden médica con diagnóstico y especificaciones del motivo del traslado, indicando desde y hasta el lugar donde se produce el mismo, con firma y sello del profesional solicitante del traslado.
 - Historia clínica, especificando justificación del traslado.
 - Presupuesto con detalle de los km. y su costo/km, a nombre del afiliado.
 - Recibo de pago o factura "B" o "C", si es reintegro, indicando los km.
 - Fotocopia de la habilitación Municipal y/o Ministerial de la unidad de traslado.
 - Para personas con discapacidad: Certificado de discapacidad, certificación de km. diarios y mensuales.
 - Constancia del Servicio al que asiste o asistió.

Consideraciones generales

Se computarán los kilómetros recorridos con el paciente a bordo.

Todo traslado supone una espera máxima de dos horas. Superada la cual, se adicionarán de forma no fraccionable, los montos por hora de espera.

Prestación	Cobertura
Traslados en ambulancia durante una internación en una Clínica de la Provincia de Buenos o de la Ciudad Autónoma.	 No requiere autorización

¿Qué tiene que hacer el afiliado?

No debe iniciar trámite alguno. Las Clínicas se encargan de solicitar la ambulancia.

Son las Entidades Prestadoras del Segundo y Tercer Nivel quienes establecen la operatividad del sistema, responsabilizándose de que los mismos sean efectuados en tiempo y forma.

Para ello se creó un Centro de Traslados, donde las clínicas se comunican para solicitar el traslado.

Categorías de traslados:

- **Traslado con médico:** para pacientes que NO requieran de soporte de sus funciones vitales o no presenten inestabilidad clínica manifiesta.
- **Traslados en unidad móvil de cuidados intensivos:** para pacientes que requieran de soporte de sus funciones vitales o presenten inestabilidad clínica manifiesta.
- **Traslados en unidad móvil de cuidados intensivos neonatales:** de neonatos que requieran de soporte de sus funciones vitales o presenten inestabilidad clínica manifiesta.



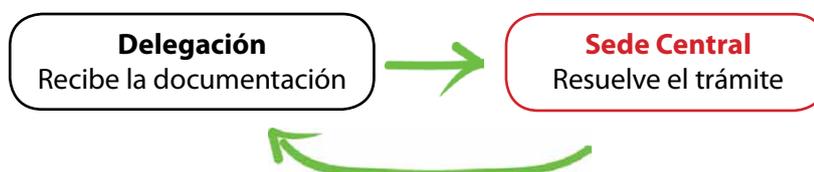
Si el afiliado se encuentra internado y requiere de una de estas modalidades de prestación, NO debe abonar suma alguna ya que el IOMA se hace cargo del costo de dicho traslado.

Trasplantes de órganos y tejidos

En Centros con Convenio



En prestadores acreditados y adheridos a la Red ACLIBA-FECLIBA y Efectores Públicos de la Red CUCAIBA – CRAI



Prestación	Cobertura
Incluye: pre-trasplante, trasplante y post-trasplante, medicamentos y material descartable, gastos de internación, honorarios del equipo profesional actuante, interconsultas incluidas en los módulos pre y post trasplantes, traslados del órgano.	En Centros con Convenio  No requiere trámite
	En Prestadores Acreditados y adheridos  
Trasplante de Cornea	

Documentación necesaria para Trasplantes en Prestadores Acreditados

- **Documentación básica.**
- Indicación del Módulo: Pre-Trasplante, Trasplante o Postrasplante.
- Historia Clínica que certifique la patología.
- Estudios previos, si fuera necesario.
- Presupuesto.

Documentación necesaria para Trasplantes de Córneas

- **Documentación básica.**
- Indicación del Módulo: Pre-Trasplante, Trasplante o Postrasplante.
- Historia Clínica que certifique la patología.
- Topografía Corneal y Ecografía ocular.

¿Qué tiene que hacer el afiliado?

Concurrir a su Delegación para solicitar el listado de los posibles prestadores. Luego, deberá realizar el trámite en la Delegación o concurrir al Centro directamente. Esto dependerá del tipo de prestador que se haya seleccionado. Ante cualquier duda, el afiliado puede consultar en trasplantes@ioma.gba.gov.ar.

¿Qué tipos de trasplantes tienen cobertura?

Renal - Reno pancreático - Hepato Renal - Pancreático - Hepático - Pulmonar - Cardíaco - Cardiopulmonar - Intestinal - Córneas Médula ósea (cobertura en la etapa de criopreservación, trasplante, búsqueda y procuración en trasplantes alogénicos no relacionados).

¿Qué tiene que hacer el afiliado en caso de solicitar Trasplante de cornea?

Concurrir a su Delegación e iniciar un trámite de excepción con la documentación descripta en el cuadro. La cornea es provista por el INCUCAI (lo inscribe el profesional tratante y el Instituto en forma on line). En caso de corneas traídas del exterior, quedan cubiertos los gastos de procuración y traslado a valores predeterminados.

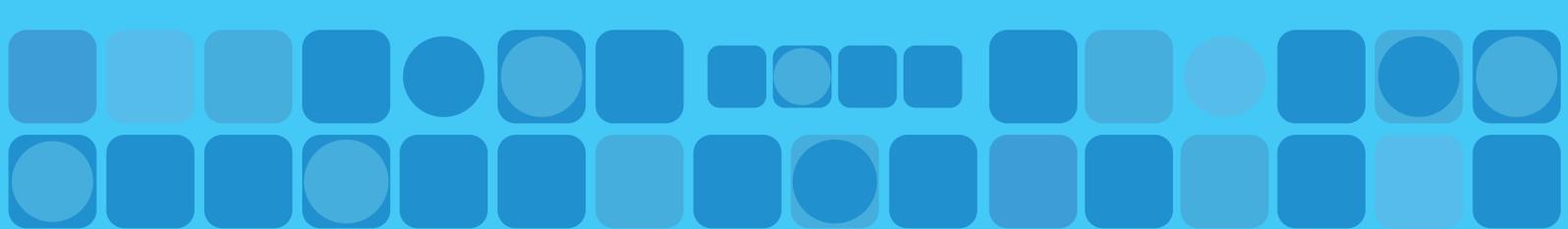


Guía única de Trámites

Tu opinión contribuye a mejorar la calidad de atención

prensa.ioma@gmail.com

www.ioma.gba.gov.ar



IOMA

BA

**GOB.
DANIEL
SCIOLI**