



LA PLATA, 18 NOV 1994

VISTO el expediente Nº 2914-9450 alc. 1/85 su agregado Nº 4054-2476/89 por el cual se gestiona la aprobación de un nuevo modelo de Convenio de Reciprocidad a suscribirse entre el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires y Obras Sociales Provinciales, y;

CONSIDERANDO:

Que la Asesoría General de Gobierno entiende que puede aprobarse el modelo de Convenio propuesto, ya que el mismo mantiene sustancialmente las cláusulas del anterior, que fuera aprobado por Decreto Nº 256/86, coincidiendo en tal sentido la Contaduría General de la Provincia y la Fiscalía de Estado;

Que el Honorable Directorio del I.O.M.A. en su reunión del día 16-11-93, según acta Nº 42, resolvió aprobar el modelo de convenio de reciprocidad en cuestión;

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

D E C R E T A

Artículo 1º: Apruébese el modelo de Convenio de Reciprocidad cuyo texto, como Anexo I, forma parte integrante del presente.

Artículo 2º: Derógase el Decreto 256/86.

Artículo 3º: El presente Decreto será refrendado por el Señor Ministro Secretario en el Departamento de Salud.

Artículo 4º: Regístrese. Notifíquese al Señor Fiscal de Estado. Comuníquese, publíquese, dése al Boletín Oficial y archívese.

DECRETO Nº

3460

DR. EDUARDO ALBERTO DUHALDE  
GOBERNADOR  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DR. JUAN JOSE MUSSI  
MINISTRO DE SALUD  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

SECRETARÍA DE LA PROVINCIA DE B. A. S.



-----Entre el INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PRO-  
 VINCIA DE BUENOS AIRES representado en este acto por el Señor Pre-  
 sidente del Honorable Directorio .....  
 ..... constituyendo su domicilio legal en la calle 46  
 Nº 886 en la ciudad de La Plata, por una parte y .....  
 .....  
 representado por el ..... en su carácter de  
 ..... constituyendo su domicilio legal en  
 ..... por la otra, se acuerda el presente  
 convenio de reciprocidad "Ad-Referendum" de su aprobación por los  
 respectivos Poderes Ejecutivos Provinciales si así correspondiere y  
 ajustado a las siguientes cláusulas, el que reemplaza a los ante-  
 riores suscriptos hasta la fecha:-----

I) Las Obras Sociales firmantes se obligan recíprocamente a prestar  
 los beneficios médico-asistenciales instituidos y los que se insti-  
 tuyan en el futuro a favor de sus beneficiarios y con iguales al-  
 cances a los beneficiarios pertenecientes a cada una de ellas, con  
 sujeción a las prácticas y normas vigentes para la Obra Social  
 prestadora y a las condiciones y con las modalidades que más ade-  
 lante se establecan.-----

II) Los beneficiarios del sistema de reciprocidad objeto de este  
 convenio, gozarán de los beneficios asistenciales acordados por las  
 Obras Sociales otorgantes, sujetándose a las normas legales y re-  
 glamentarias que rijan para la Obra Social prestadora al momento de  
 hacer uso de las respectivas prestaciones y servicios, dejándose ex-  
 presa constancia que los beneficiarios de este convenio no ostentan

el carácter de "afiliado a la Obra Social Prestadora" y por consiguiente no adquieren derecho a requerir cualquier continuidad afiliatoria en la misma. Para su habilitación deberán acreditar su condición de afiliado a la Obra Social de Origen y consecuentemente, la de beneficiario de este sistema y el cumplimiento de los recaudos que exija la Obra Social prestadora, exhibiendo en todos los casos la documentación habilitante a que se refiere el Anexo A) del presente.-----

III) A los efectos de este convenio se establecen con carácter uniforme las siguientes categorías de beneficiarios:-----

A) BENEFICIARIO CON RESIDENCIA EN EXTRAJA JURISDICCION: Es aquel que revistiendo como afiliado obligatorio tuviere su domicilio habitual o fije su residencia fuera de su Provincia de origen por más de seis meses.-----

B) BENEFICIARIO EN TRANSITO: Es aquel que circunstancialmente se encontrare en jurisdicción de la Obra Social signataria que no fuere la suya de origen.-----

C) BENEFICIARIO DERIVADO: Es aquel a quien la Obra Social de origen deriva por no contar con el nivel de complejidad asistencial requerido para el caso y siempre que la prestación no pueda realizarla la Obra Social más cercana al lugar del domicilio del beneficiario derivado.-----

D) BENEFICIARIO EN OTRA SITUACION: Está incluido en esta categoría:  
1a) Afiliados con domicilio permanente en zonas limítrofes que por razones de distancia deban requerir prestaciones fuera de la jurisdicción de su Obra Social de origen.-----

2a) Hijos a cargo de afiliados obligatorios, que cursen sus estu-



dios en jurisdicción de la Obra Social prestadora.-----

3a) Todo componente del grupo familiar del afiliado obligatorio que se radique fuera de la jurisdicción de su Obra Social en tanto el titular permanezca en la suya de origen.-----

IV) BENEFICIARIOS CON RESIDENCIA EN EXTRAJA JURISDICCION: Esta categoría es de aplicación exclusiva para afiliados obligatorios de la Obra Social de origen. Las Entidades signatarias intercambiarán las nóminas de los beneficiarios directos e indirectos en jurisdicción de la otra Entidad como así también las altas y bajas que se produjeran en forma mensual.-----

V) Los beneficiarios tendrán derecho al uso de los servicios de la Obra Social prestadora, cuando hayan cumplimentado toda la documentación requerida y cuenten con la respectiva acreditación habilitada extendida por la misma.-----

VI) La adhesión de este beneficiario a la Obra Social de su domicilio comprende también la del siguiente grupo familiar:-----

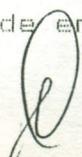
- a) Esposa-----
- b) Esposo incapacitado, carente de recursos o bienes de renta-----
- c) Hijos solteros menores de 18 años de edad.-----
- d) Hijos incapacitados mayores de 18 años de edad.-----
- e) Hijos adoptivos menores de 18 años de edad.-----
- f) Hijastros a cargo menores de 18 años de edad y que no perciban pensiones u otros ingresos.-----
- g) Menores de 18 años de edad bajo guarda o tutela.-----
- h) Hijos o equiparados a la condición de tales mayores de 18 años de edad hasta los 26 inclusive, siempre que acrediten ser alumnos

regulares en establecimientos de enseñanza secundaria, terciaria o universitaria, oficiales o incorporados.-----

VII) El beneficiario adherido a la Obra Social de su domicilio respetará todas las normas y reglamentaciones de ésta aceptando el sistema de co-seguro que tuviere pudiendo requerir a su Obra Social de Origen el reintegro de las diferencias que en menos pudieran registrarse en la forma que establezca dicha Obra Social en su respectiva reglamentación.-----

VIII) La adhesión de este tipo de beneficiario a la Obra Social de su residencia no implica la pérdida de su condición de afiliado a la Obra Social de Origen. No obstante los que se encuentran residiendo en jurisdicción de otra Provincia y en forma circunstancial regresen a territorio de su Obra Social de Origen, serán considerados "Beneficiarios en tránsito" de la Obra Social a la cual se le abonarán los aportes. Toda prestación que requiera no contemplada para esta categoría de beneficiarios será facultad de la Obra Social prestadora conceder su aprobación.-----

IX) En concepto de pago por la cuota afiliatoria individual de los afiliados residentes, la Obra Social de Origen queda obligada a abonar a la Obra Social Prestadora, una cápita mensual de \$ 35 (pesos treinta y cinco), por cada uno de los afiliados habilitados, ya sean directos o indirectos. El pago de las cápitaf afiliatorias deberá realizarse antes del día 10 (diez) del mes siguiente al del devengamiento del aporte, quedando obligada la obra Social de origen de enviar un detalle discriminativo de los afiliados y monto de los





meses pagados con la fecha y/o comprobante de depósito. Asimismo se establece que el mes en que se produzca el alta del afiliado, como el de su baja, se abonará por mes completo. El régimen de pago establecido en la presente cláusula podrá sufrir modificaciones, previa comunicación y acuerdo de partes, para el caso de que las pautas económico-financieras tenidas en cuenta para establecerlo, hubiesen sufrido alteración que determine el ajuste o variación del sistema.

La demora en el pago hará pasible automáticamente por el solo vencimiento del plazo, a la Obra Social de Origen la obligación de abonar un interés punitorio diario equivalente a la tasa que paga el Banco Provincia de Buenos Aires para sus depósitos a treinta días, vigente en los distintos períodos de aplicación para el caso del I.O.M.A.

X) BENEFICIARIOS EN TRANSITO: Los beneficiarios de la Obra Social de Origen en tránsito en jurisdicción de la Obra Social Prestadora podrán hacer uso de los servicios convenidos cuando razones de urgencia - ya sea por accidentes o circunstancias graves imprevisibles debidamente acreditadas - determinen su internación.

En todos los casos a los beneficiarios en tránsito se les cubrirá solamente los medicamentos y prestación/es emergentes de la misma.

Para el acceso a los servicios el beneficiario deberá presentarse ante la Sede Central de la Obra Social Prestadora o cualquiera de sus delegaciones en el Interior de la Provincia, munido de los elementos establecidos en Anexo a)

Todas las prestaciones para esta categoría de beneficiarios que deban realizarse en el territorio de la Provincia de Buenos Aires a

través del I.O.M.A. se efectuarán a los servicios adheridos y/o autorizados por el mencionado Instituto dentro del ámbito jurisdiccional de la Provincia de Buenos Aires con exclusión de todo otro.-----

XI) BENEFICIARIOS DERIVADOS: La Obra Social de origen podrá solicitar a otra Obra Social, la atención de sus afiliados en carácter de derivados, en tanto no cuente con el nivel de complejidad asistencial requerido para el caso y cumplimente la documentación establecida en Anexo a)-----

XII) BENEFICIARIOS EN OTRA SITUACION: Los beneficiarios de las Obras sociales signatarias podrán requerir los servicios asistenciales convenidos, siempre que su situación se encuadre en la tipificación establecida en la cláusula III inciso D), previa cumplimiento de los requisitos consignados en el Anexo A del presente.---

XIII) Los servicios prestados, conforme a lo expresado en las cláusulas X, XI y XII, serán pagados por PRESTACION PROFESIONAL, a la Obra Social prestadora, de acuerdo a los aranceles que ésta tiene establecido con sus prestadores.-----

XIV) El reintegro por parte de la Obra Social de Origen del importe de la liquidación deberá tener lugar dentro del plazo de treinta (30) días a partir de su recepción, sin que sea susceptible de alterarse, suspenderse o prolongarse por observación u objeción alguna que pudiera merecer las facturaciones, rubros de ellas o cualquiera otra circunstancia, incluso el mal uso que el beneficiario hubiere hecho de los servicios reconocidos, a no ser que la presta-





ción haya tenido lugar sin la presentación de la debida documentación habilitante. Dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que hubiere tenido lugar el pago, las Obras Sociales signatarias podrán formular reclamos para el reconocimiento de las diferencias a su favor si la liquidación respectiva adoleciera de errores de cálculo matemático.-----

La demora en el pago hará pasible automáticamente por el solo vencimiento del plazo, a la Obra Social de Origen la obligación de abonar un interés punitivo diario equivalente a la tasa que paga el Banco Provincia de Buenos Aires para sus depósitos a treinta días, vigente en los distintos períodos de aplicación para el caso del I.O.M.A.-----

XV) Los importes resultantes de acuerdo a lo establecido en las cláusulas XIII y XIV precedentes, deberán ser abonados mediante transferencia a la cuenta perteneciente a la Obra Social acreedora en el Banco de la Provincia respectivo.-----

XVI) Todas las prestaciones para esta "categoría" de beneficiarios que deban realizarse en el territorio de la Provincia de Buenos Aires a través del ICMA se efectuarán a los servicios adheridos y autorizados al mencionado Instituto dentro del ámbito jurisdiccional de la Provincia de Buenos Aires con exclusión de todo otro.-----

Cuando las particularidades del caso lo justifiquen, el I.O.M.A. por Resolución del Honorable Directorio podrá autorizar por vía de excepción que las prestaciones se realicen a través de otros servicios adheridos fuera de la jurisdicción. A ese objeto el I.O.M.A., proporcionará a la restante Obra Social firmante la nómina de los

mismos. Esta última deberá sujetarse al sistema de prestaciones no-  
madas por la Obra Social Prestadora.-----

XVII) El beneficiario pagará los co-seguros vigentes en la Obra So-  
cial prestadora sin perjuicio de requerir posterior reintegro a su  
Obra Social de Origen, si correspondiere. Excepcionalmente se po-  
drán autorizar modificaciones al Régimen porcentual de cobertura  
que rija en la Obra Social Prestadora, cuando ésta, previa conformi-  
dad expresa de la Obra Social de Origen, así lo resolviere.-----

XVIII) En cualquier cuestión que se suscite con motivo del cumpli-  
miento  
del presente, las otorgantes acuerdan someterse a la competencia de  
los Tribunales de la Provincia a la que pertenezca la Obra Social  
prestadora.-----

XIX) El presente convenio tendrá duración de un (1) año, renovable  
automáticamente por igual período sin perjuicio de ello cualquiera  
de las partes podrá denunciarlo incausadamente en cualquier momento  
debiendo para ello comunicar a la otra parte en forma expresa y fe-  
haciente su decisión rescisoria con antelación mínima de sesenta  
(60) días corridos.-----

-----En prueba de conformidad se firman dos (2) ejemplares del  
mismo tenor a los.....días del mes de.....de  
mil novecientos noventa y cuatro.-----





*[Firma]*  
SECRETARÍA DE SALUD  
1992

ANEXO A

NORMAS DE APLICACION DEL PRESENTE CONVENIO

La Obra Social de origen se obliga a instruir a sus afiliados para la correcta utilización de los beneficios emergentes de este convenio.

A los fines de la acreditación ante la Obra Social prestadora de su condición de beneficiario de este sistema, por los afiliados de la Obra Social de Origen se considerarán como:

BENEFICIARIOS RESIDENTES EN EXTRAJA JURISDICCION

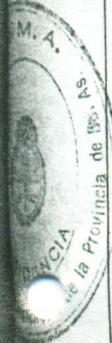
Aquellos afiliados obligatorios que fijen su residencia habitual por más de seis meses fuera del ámbito territorial de su Provincia, debiendo presentar:

- Carta de Presentación expedida por la Obra Social de Origen, cuyo modelo forma parte del presente como F.1.
- Documento de Identidad.
- Ficha de afiliación vigente a la Obra Social Prestadora.
- Fotocopia último recibo de haberes percibidos.

BENEFICIARIOS EN TRANSITO

Aquellos que circunstancialmente se encuentran en jurisdicción de la Provincia a que pertenezca la Obra Social signataria que no fuere la de origen, quienes a efectos de utilizar los beneficios derivados de este convenio deberán presentar ante la Obra Social prestadora la siguiente documentación:

- Carta de presentación expedida por la Obra Social de Origen, cuyo modelo forma parte del presente como F.2.
- Documento de identidad.
- Credencial vigente de la Obra Social de Origen.
- Constancia del último haber percibido.



- Solicitud de internación.

BENEFICIARIOS DERIVADOS

Se considera beneficiario derivado aquel a quien su Obra Social de Origen deriva por no contar con el nivel de complejidad asistencial requerido para el caso y siempre que la prestación de que se trate no pueda realizarla la Obra Social más cercana al lugar del domicilio del beneficiario derivado.

El beneficiario deberá presentarse en la Obra Social Prestadora munido de la siguiente documentación:

- Credencial original de la Obra Social a la que pertenece.
- Carta de derivación de la Obra Social de origen que contenga patología y causa de la derivación.
- Resumen de historia clínica expedida por el profesional tratante que aconseja la derivación.

BENEFICIARIOS EN OTRA SITUACION

A) Aquellos beneficiarios con domicilio permanente en zonas fronterizas, que deban requerir servicios en jurisdicción de otra Provincia cuyos centros asistenciales estén más cercanos que los de su propia Obra Social.

B) Aquellos hijos a cargo de afiliados obligatorios que cursen estudios en jurisdicción de otra provincia.

C) Aquellos que siendo componentes del grupo familiar a cargo de un afiliado obligatorio, se radique fuera de la jurisdicción de su Obra Social, en tanto el directo permanezca en la suya de origen.

Deben presentar:

- Carta de presentación expedida por la Obra Social de Origen, cuyo modelo forma parte del presente como F.4.
- Documento de Identidad.



- Credencial vigente de la Obra Social de Origen.
- Constancia del último haber percibido por el afiliado direct

3460 ORIGINAL



BENEFICIARIO Nº.....

ORIGEN.....

ATA DE PRESENTACION PARA BENEFICIARIOS CON RESIDENCIA EN EXTRAÑA JURISDICCION.

AFILIADOS AL.....

.....CON RESIDENCIA EN EXTRAÑA JURISDICCION PROVINCIA

-----CONSTE que....., con domicilio en....., acredita afiliación a éste.....en carácter de Afiliado.....y por tal motivo está autorizado para hacer uso de los servicios médico-asistenciales, haciéndose extensivos dichos beneficios a:.....

-----Los citados son sujetos beneficiarios comprendidos en el régimen establecido según Convenio de Reciprocidad suscripto con .... como afiliado con residencia en "EXTRAÑA JURISDICCION".

.....se compromete a derivar mensualmente la contraprestación pactada oportunamente.

.....s credencial/es reglamentaria/s de este .....no se presenta/n a esta constancia por haber sido retenida/s por este Instituto.

-----Consecuentemente rogamos se nos notifique la fecha de alta dentro de los treinta (30) días de producida la misma, a fin de reactivar los aportes correspondientes.

-----Se extiende la presente en la Ciudad de .....

a los.....días de mes de .....del año Mil nove-  
tos noventa y ..... con validez hasta .....  
y para ser presentada ante:.....  
donde se le informará del trámite a seguir a fin de recibir los  
vicios que necesitare.

*h*



**OFICIAL**

*Q*  
*S*

LISTA DE AFILIADOS EN TRANSITO

-----Conste que.....

afiliado en.....

adita su afiliación a éste.....

cter de afiliado.....y por tanto está autori-

(directo - indirecto)

do para hacer uso de los servicios médicos asistenciales conveni-

mando razones de urgencia - ya sea por accidentes o circunsta

las graves imprevisibles debidamente acreditadas - determinen su

terminación-----

-----En todos los casos a los beneficiarios en trási-

se les cubrirá solamente los medicamentos y prestación/es emer-

gentes de la misma.-----

-----Déjase expresa constancia que éste I.O.M.A. toma-

su cargo los gastos originarios en la prestación que se deman-

en los límites y condiciones establecidos por los Nomencladores

prestaciones vigentes, las reglamentaciones de la prestadora y

concordancia con el régimen de cobertura de la misma.-----

-----Se extiende la presente en la ciudad de La Plata

los.....días del mes de.....del año mil novecientos

venta y tres, con validez hasta.....



CARTA DE PRESENTACION BENEFICIARIOS DERIVADOS

-----Conste que .....  
acredita afiliación a este .....  
en carácter de AFILIADO TITULAR, y como integrante de su grupo fami-  
liar primario igual condición verifica respecto de .....

-----En el carácter expresado le es autorizada la demanda de  
servicios asistenciales en la ciudad de .....  
..... y por la siguiente patología .....

..... sirvien-  
do suficientemente este documento a la derivación por la carencia  
del nivel de complejidad requerido para el caso, conforme está pre-  
visto en el régimen establecido según Convenio de Reciprocidad con  
.....

-----Déjase expresa constancia que este .....  
..... tomará a su cargo los gastos origi-  
nados en laprestación que se demande, en los límites y condiciones  
establecidos por el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y  
Sanatoriales y su arancelamiento para el régimen de Obra Social.---

-----El portador de ésta ha sido notificado que previo a todo  
trámite debe concurrir a la Sede de la Obra Social a la cual se lo  
deriva para informarse de las Normas de Trabajo de la misma.-----

-----Se extiende la presente en la ciudad de .....  
..... a los ..... con  
validez hasta el .....

CARTA DE PRESENTACION BENEFICIARIOS EN OTRA SITUACION

-----Conste que .....  
..... con domicilio en .....  
acredita su afiliación a este ..... en carácter de  
afiliado OBLIGATORIO - VOLUNTARIO bajo el nº ..... con el  
(tachar lo que no corresp.)

siguiente grupo familiar a su cargo: .....  
.....  
..... Los citados son sujetos beneficiarios comprendidos  
en el régimen establecido según convenio de reciprocidad vigente  
por tratarse de: .....

-----  
Beneficiario con domicilio permanente en zona fronteriza que por ra  
zones de distancia debe requerir prestaciones fuera de la juris  
dicción de su Obra Social de origen.-----

Hijos a cargo de afiliado obligatorio, que cursen sus estudios en  
jurisdicción de su Obra Social en tanto el titular permanece en la  
suya de origen.-----

-----Se extiende la presente ..... a los.....  
..... días del mes de ..... de mil novecientos  
noventa y ..... con validez hasta .....

