



G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S

2021 - Año de la Salud y del Personal Sanitario

Resolución

Número:

Referencia: EX-2021-28424697-GDEBA-DGIOMA - Alta prestacional PIROZZO Mariano Bruno -

VISTO el expediente **EX-2021-28424697-GDEBA-DGIOMA**, por el cual se propicia el alta prestacional de PIROZZO Mariano Bruno, a través de la celebración de un convenio individual directo, RESO-2021-643-GDEBA-IOMA, la Ley de IOMA N° 6982 (T.O. Decreto 179/87), y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones se gestiona el alta prestacional de PIROZZO Mariano Bruno, M.P 230030, a través de la celebración de un convenio individual directo con este Instituto;

Que en el orden 4, obra documentación respecto del profesional;

Que en el orden 7, luce intervención de la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria, sin objeciones que formular;

Que en el orden 11, la Dirección General de Prestaciones informa que el profesional resulta ser especialista en Neurocirugía, M.P 230030, y a su vez, establece la procedencia de dar curso favorable al objeto instado, no teniendo objeciones que formular al respecto;

Que en el orden 13, la Dirección General de Administración no tiene objeciones que formular;

Que por RESO-2021-643-GDEBA-IOMA se aprueba el proyecto de convenio individual directo entre el IOMA y profesionales de distintas especialidades médicas, conforme modelo IF-2021-08142882-GDEBA-DRJIOMA;

Que en el orden 15, obra proyecto modelo de convenio individual directo descripto ut supra;

Que en el orden 16, la Dirección de Relaciones Jurídicas indica que puede el Directorio, de así considerarlo,

dictar el acto administrativo que autorice el alta prestacional propiciada y al Presidente a suscribir el correspondiente convenio prestacional para su inclusión en el registro respectivo;

Que el Departamento Coordinación del Directorio deja constancia que, el Directorio, en su reunión de fecha 12 de Noviembre de 2021, según consta en ACTA 46, **RESOLVIO**: acceder al alta como prestador del doctor Mariano Bruno PIROZZO, MP 230.030, especialista en neurocirugía, en el marco de la RESO -2021- 643-GDEBA-IOMA mediante la firma de convenio individual directo, conforme modelo IF-2021-08142882-GDEBA-DRJIOMA, autorizando al señor Presidente a su suscripción;

Que en el orden 23, obra el Convenio debidamente suscripto por las partes;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por la Ley N° 6982 (T.O. Dec. 179/87).

Por ello,

EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL

DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

RESUELVE

ARTICULO 1º. Acceder al alta como prestador del doctor Mariano Bruno PIROZZO, MP 230.030, especialista en neurocirugía, en el marco de la RESO-2021-643-GDEBA-IOMA, el que como Anexo CONVE-2021-31668478-GDEBA-IOMA forma parte del presente acto administrativo.

ARTICULO 2º. Registrar. Notificar a PIROZZO Mariano Bruno. Comunicar a las Dependencias del Instituto. Dar al SINDMA. Cumplido, archivar.

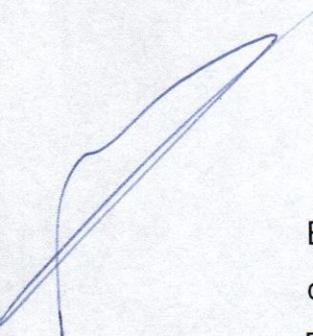
CONVENIO INDIVIDUAL

Entre el INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (I.O.M.A.), con domicilio en calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata, representada por su Presidente Dr. Homers F. Giles, por una parte, en adelante "el IOMA" y por la otra "El Prestador", MARIANO BRUNO Pirozzo Matricula Nacional y/o Provincial N° 230030, con domicilio en calle Senicosa 563 de la Ciudad Autonoma de BS AS acuerdan en celebrar el presente convenio, sujeto a las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO: El Prestador se compromete a desarrollar actividades asistenciales destinadas a otorgar a los afiliados del IOMA atención médica ambulatoria, de acuerdo a las prestaciones tipificadas en el Anexo 1 y de conformidad con las Normas de Atención y Procedimiento que se establecen en el Anexo 2, los cuales forman parte integrante del presente y Normas de Facturación Anexo 3.

CLÁUSULA SEGUNDA. BENEFICIARIOS: A los efectos de brindar las prestaciones convenidas con cargo al IOMA, el Prestador deberá constatar la condición de afiliado de la Obra Social, requiriéndole a aquel la exhibición de DNI, credencial digital afiliatoria, último recibo de haberes o constancia de pago de cuota de la afiliación voluntaria. Los beneficiarios de convenios de reciprocidad deberán presentar documento de identidad y credencial actualizada o carta de autorización provisoria, según corresponda.

CLÁUSULA TERCERA: El IOMA, a través de la Dirección General de Prestaciones, dará de alta como prestadores del convenio a los profesionales en el sistema que se disponga al efecto.



El IOMA a través de la Dirección General de Prestaciones, se reserva el derecho de rescindir el convenio, sin derecho a indemnización.

Previamente el IOMA notificará su voluntad resolutoria en forma fehaciente al prestador, el que en un plazo máximo de tres (3) días hábiles administrativos podrá oponer observaciones fundadas, que serán consideradas por el IOMA.

CLÁUSULA CUARTA. Principio de libre elección: Las partes acuerdan respetar el principio de libre elección por parte del beneficiario; a cuyo efecto el IOMA se obliga a difundir el derecho de cada beneficiario a la libre elección de prestadores y el Prestador se compromete a respetar la obligación de atender a los beneficiarios del IOMA que acrediten su condición afiliatoria, conforme lo establecido.

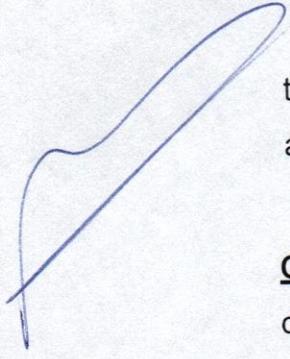
CLÁUSULA QUINTA. Accesibilidad al sistema: El Profesional se compromete a establecer mecanismos administrativos que faciliten y garanticen la accesibilidad de los beneficiarios a las prestaciones. Todo cambio en este sentido deberá ser previamente acordado con el IOMA como requisito ineludible para su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

El Prestador acepta ser publicado por el medio en que IOMA considere adecuado, en su carácter de Prestador del Instituto, a efectos de que se encuentre disponible para los beneficiarios de la atención.



CLÁUSULA SEXTA. Afiliados e instrumentos electrónicos: A fin de brindar las prestaciones convenidas, el Prestador deberá constatar en forma previa la condición de afiliados del IOMA conforme la cláusula segunda.

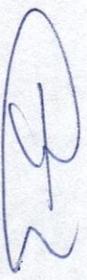
El IOMA podrá modificar en cualquier tiempo dichos requerimientos e implementar y poner en práctica el token u otros instrumentos tecnológicos de validación, autorización y/o prescripción online previa notificación fehaciente al Prestador, con un mínimo de 30 días de anticipación a la implementación de los mismos. La no utilización por parte del profesional, de los instrumentos



tecnológicos indicados que se le hayan puesto a disposición, podrá dar lugar al débito automático de las prestaciones facturadas.

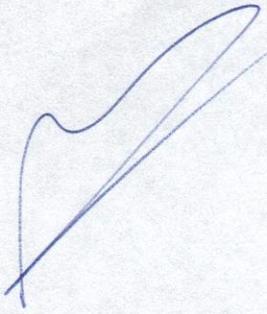
CLÁUSULA SÉPTIMA. Observancia Normativa: El Prestador se compromete a cumplimentar las obligaciones a su cargo de acuerdo a la Ley N° 6982 (T.O. 1987) y su Decreto Reglamentario N° 7881/84, que declaran conocer, y asimismo se obligan a respetar y dar cumplimiento a los Programas de atención médica que el IOMA prevé para sus afiliados y los que prevea en el futuro. Del mismo modo, se comprometen a prescribir medicamentos por nombre genérico en el marco del Programa de Uso Racional de Medicamentos del IOMA, de acuerdo a las normas que en este acto declaran conocer. En todos los casos, los Programas referidos deberán consensuarse previamente en todas sus partes operativas con el Prestador quien deberá remitir, por medio digital en el formato que IOMA determine, mensualmente información estadística y de los afiliados empadronados bajo los programas.

CLÁUSULA OCTAVA. Contraprestación. Pago por prestación: Como contraprestación de los servicios médicos que se obliga a brindar el Prestador, se establece un sistema de pago por prestación mediante el cual el IOMA abonará las consultas y prácticas realizadas, que tengan por objeto brindar atención médica integral a favor de los afiliados del IOMA, conforme a valores vigentes de convenios celebrados con este Instituto a tales efectos determinados en el anexo I del presente.



CLÁUSULA NOVENA. Facturación: El Prestador presentará la facturación correspondiente a la totalidad de las prestaciones brindadas, en la forma, lugar y tiempo establecidos en el Anexo 3. En el mismo plazo y en forma discriminada, deberá presentarse la factura por los copagos bonificados por el IOMA si correspondiere.

El IOMA tendrá un plazo de treinta (30) días, contados desde la presentación de la facturación, para realizar las auditorías correspondientes a la misma. Los débitos que resulten de dicho proceso serán descontados de la facturación inmediata siguiente que cobre.



CLÁUSULA DÉCIMA. Pago: La facturación presentada por el Prestador de acuerdo al Anexo 3, será abonada por el IOMA en su totalidad dentro del plazo de treinta (30) días corridos, contados a partir de su presentación, una vez realizadas las auditorias.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA. Carácter esencial de la prestación:

Ambas partes reconocen que el servicio y la prestación médica revisten carácter esencial, no pudiendo por ningún motivo limitar la atención de los afiliados al IOMA.

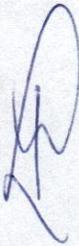
El incumplimiento de la presente obligación facultará al IOMA a la exclusión, sin perjuicio de aplicar la medida prevista en el artículo 39 del Decreto 7881/84 respecto del profesional o profesionales médicos que interrumpieron el proceso de atención.

En ningún caso se exigirá al afiliado el pago por servicios prestacionales conveniados que no fueran expresamente autorizados por el IOMA.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA. Cobro indebido: Ante la concurrencia de

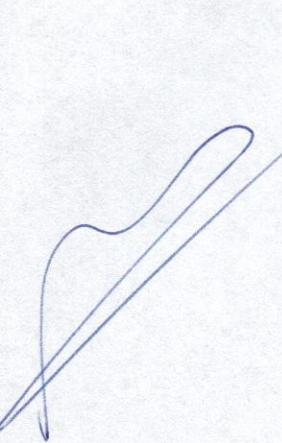
una denuncia por cobro indebido contra el Prestador, el IOMA podrá iniciar el sumario abreviado pertinente. Notificará de ello al Profesional, el que en un plazo máximo de tres (3) días hábiles administrativos oponga observaciones fundadas, que serán tenidas en consideración.

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



En caso de acreditar el IOMA la violación de la presente cláusula serán de aplicación las sanciones previstas en la Ley 6982, su Decreto Reglamentario y demás normativa de IOMA. Asimismo, el IOMA debitará de la facturación el importe que se hubiera cobrado de forma indebida para su reintegro al beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA. Afiliados de otra jurisdicción. El IOMA abonará al Profesional la facturación por prestaciones brindadas a afiliados que



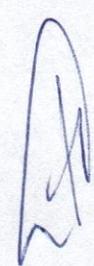
pertenecen al padrón de otros prestadores que tienen convenio con IOMA. Los profesionales brindarán para afiliados de otros convenios de IOMA la misma cartilla prestacional. Las prestaciones brindadas a afiliados de otro origen serán facturadas de manera separada. El pago se efectuará a los sesenta (60) días de recibida la facturación por el IOMA, una vez culminado el proceso de auditoría. El IOMA remitirá la misma al prestador de origen del afiliado.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA. Auditoría del IOMA: Para el debido contralor de la ejecución del presente convenio, el IOMA podrá solicitar al Prestador la información que resulte pertinente, realizar las auditorías, inspecciones o pericias con personal propio o contratado con miras a comprobar la efectiva prestación de los servicios contratados, la eficiencia de los mismos y el cumplimiento de las normas legales y/o reglamentarias que resulten de aplicación, siendo obligación de aquellos brindar lo requerido en tanto no se oponga con norma vigente alguna, así como colaborar en la función de contralor de IOMA.

A tal fin, el inspector o funcionario labrará el acta respectiva. El Prestador podrá dejar constancia en dicha acta de cuanto quieran expresar y/o hacer constar al respecto.

Los profesionales deberán llevar obligatoriamente y por beneficiario una Historia Clínica o Ficha Clínica Individual que contenga los datos consignados en el Anexo 2.

CLAUSULA DÉCIMO QUINTA. Acción judicial – Tercero colegitimado:



Para el supuesto caso que el IOMA sea demandado judicialmente en forma directa o solidaria por actos, hechos, u omisiones, que provoquen daños a pacientes, ya sea por culpa, dolo, negligencia u omisión por parte del profesional, así como los daños provocados por las cosas de que se sirvan, el Profesional se compromete a comparecer en juicio. Todo monto que por sentencia resulte debido por la prestación demandada, como así también sus accesorias, será asumido por el Profesional, el que se responsabiliza por la indemnidad del IOMA. Para el caso de condena al IOMA, el Profesional autoriza a que éste debite de las siguientes facturas lo que hubiere tenido que pagar por capital, actualización, intereses, costos y costas, y siempre y cuando la condena no haya sido solventada por el responsable directo, o sea



el profesional involucrado y/o la compañía aseguradora. Si a la fecha de acontecido este supuesto, el presente convenio no tuviere vigencia, el IOMA tendrá derecho a repetir lo abonado con motivo de la sentencia judicial. Sin perjuicio de lo manifestado precedentemente, cada profesional deberá contar con un seguro obligatorio que cubra su responsabilidad en el caso de mala praxis médica.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA. Cesión del convenio. El convenio no podrá ser transferido ni cedido total ni parcialmente por el Profesional bajo ninguna modalidad, sin previa autorización del Honorable Directorio del IOMA. La cesión del convenio sin previa autorización del IOMA, constituirá justa causa de rescisión, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar.

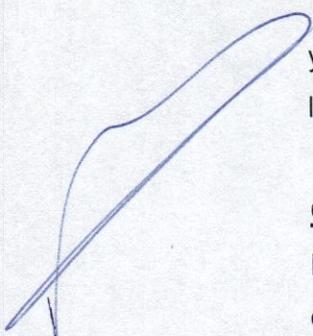
CLAUSULA DÉCIMO SÉPTIMA. Conciliación Administrativa Previa: Con carácter previo a cualquier planteo judicial, las partes se comprometen a dirimir la cuestión en el ámbito de la Unidad Alternativa de Resolución de Conflictos del IOMA.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA. Vigencia, duración, y rescisión anticipada: El presente convenio regirá a partir de su suscripción y no existirá período de carencia para las prestaciones. Su duración será de tres (3) años desde su entrada en vigencia, renovándose automáticamente por períodos anuales salvo comunicación fehaciente de cualquiera de las partes con sesenta (60) días corridos de anticipación a la fecha de vencimiento. Sin perjuicio de lo cual, cualquiera de las partes podrá expresar su voluntad resolutoria, sin expresión de causa, ni derecho a indemnización, con la única obligación de dar aviso fehaciente a la otra con una anticipación mínima de sesenta (60) días corridos. Durante el lapso del preaviso se mantienen vigentes los derechos y obligaciones de las partes.



Para el caso en que los servicios no resulten satisfactorios, respecto del profesional, el IOMA podrá aplicar las disposiciones del artículo 39 del decreto 7881/84, previa vista del prestador por el plazo de cinco (5) días.

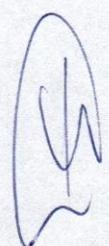
En caso de producirse una eventual modificación en el mapa político de la Provincia de Buenos Aires, tal como división o fusión (con o sin cambio de denominación) de uno o más Partidos, cesarán de pleno derecho los derechos



y obligaciones asumidas por las partes en el presente, a partir de la vigencia de la ley que así lo disponga, con respecto a la zona alterada.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA. Seguro de responsabilidad profesional: El Prestador deberá contar durante toda la vigencia del presente contrato, incluidas sus eventuales prórrogas, con un Seguro de Responsabilidad Profesional.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. Protección de Datos: El Prestador deberá cumplir con todas las Leyes y Reglamentos aplicables que rigen la privacidad y seguridad de los Datos Personales de Terceros y de los Datos Personales, incluyendo, pero no limitándose a la Ley Nacional de Datos Personales N° 25.326, su reglamentación, el artículo 20 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires y la Ley Provincial N° 14.214. Asimismo, deberá resguardar su confidencialidad de conformidad con la legislación vigente, siendo responsable de indemnizar y mantener indemne al IOMA, en relación a cualquier infracción en que incurra a tal respecto, incluyéndose, pero no limitándose a penalidades, daños, multas o intereses. El Prestador deberá permitir al IOMA inspeccionar y auditar las actividades de tratamiento de datos de aquélla, de sus agentes, subsidiarios y subcontratistas, y cumplir con todas las solicitudes o instrucciones del IOMA para verificar que el Prestador cumple enteramente con sus obligaciones acorde a la presente cláusula.



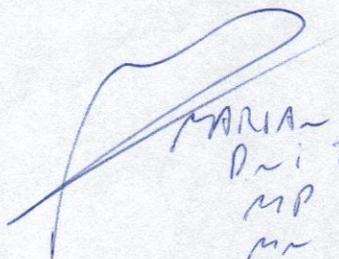
CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA. Defensa de la Competencia. Las partes manifiestan que el presente convenio se ajusta a las previsiones de la Ley Nacional de Defensa de la Competencia N° 27.442 y sus modificatorias y Decreto N° 480/18 y Decreto DNU N° 274/19, así como a la Ley Provincial N° 13.133, debiendo abstenerse las partes de toda conducta que implique impedir, dificultar u obstaculizar a terceras personas la entrada o permanencia en un mercado o excluirlas de éste.

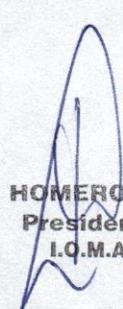
CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA. Plan Materno Infantil y de Prevención:

Los beneficiarios que se encuentren incluidos en el Plan Materno Infantil o en Programas de Prevención implementados por el IOMA exentos de copagos quedarán eximidos de su pago que será bonificado por el Instituto.

CLAUSULA VIGÉSIMO TERCERA. Competencia. Domicilios: Para todos los efectos legales del presente acuerdo, las partes constituyen los siguientes domicilios: el IOMA en calle 46 N° 886 de La Plata, y el Prestador MARIANO B. PIRAZZO en calle Servilosa N° 563 de CABA, sometiéndose para el caso de controversias a la competencia de los Juzgados en lo Contencioso Administrativo del Departamento Judicial de La Plata.

En prueba de conformidad se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de La Plata, a los 15 días del mes de NOV de 2021.-


MARIANO PIRAZZO
Dni 27566882
MP 230030
M 119938


Dr. HOMERO GILES
Presidente
I.Q.M.A.

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1	Aranceles; consulta y galeno.
Anexo 2	Normas de atención y procedimiento.
Anexo 3	Normas de facturación.

ANEXO 1

ARANCELES, CONSULTAS Y GALENO

1. Valor consulta médica

CONSULTAS	A CA RG O DE L AFI LIA DO	A CARGO DE IOMA	VALOR CONSULTA	TO TA L VA LO R CO NS UL TA
	CO PA GO	C O P A G O		
Médicos No Agre miad os Categoría Única	0	2 9 0 . 0 0	3 0 9. 8 2	59 9.8 2

Categoría Libre: pactado entre médico y paciente, debiendo otorgar recibo en legal forma donde conste nombre y número de credencial del beneficiario.

2. Valor prácticas

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

TIPO DE GALENO	VALOR
GALENO QUIRURGICO (Prácticas especiales según Anexo II de la resol 2571/15)	31,85
GALENO QUIRURGICO	28,61
GALENO PRACTICA RADIOLOGICO COD 34 ecg y at rn	15,94
GALENO PRACTICA	14,33
UNIDAD "A" - GASTO QUIRURGICO	7,47
UNIDAD "B" - GASTO QUIRURGICO	7,47
UNIDAD "C" - OTROS GASTOS	1,78
UNIDAD "C" - OTROS GASTOS ecg	1,97
UNIDAD "D" - GASTO RADIOLOGICO COD 18	6,72
UNIDAD "D" - GASTO RADIOLOGICO COD 34	8,63

Se establecen galenos específicos como variable de ajuste para otorgar aumentos diferenciados a grupos de prácticas del Nomenclador Nacional.

3. Factor de corrección

Se aplicará un factor de corrección sobre la cantidad de galenos vigente, a fin de adecuar el valor asignado a cada práctica clínica o especializada. A continuación, se detallan los factores correctivos, para los galenos clínicos o especializados:

PRÁCTICAS CLÍNICAS O ESPECIALIZADAS		
G AL EN OS PR Á C	FA CTO R DE CO RRE	VALOR/G ALENO

TI C A S C L I N I C A S	CCI ÓN		
De 0 hasta 5	1 , 5 3		Galeno Práctica seg. Corresponda
+ 5 hasta 10	1 , 4 2		Galeno Práctica seg. Corresp onda
+10 hasta 15	1 , 3 1		Galeno Práctica seg. Corresponda
+ 15 hasta 20	1 , 2		Galeno Práctica seg. Corresponda
+ de 20	1 , 1 4		Galeno Práctica seg. Corresponda

4. Códigos 88

Las prestaciones de alta y de baja complejidad incluidas en los convenios vigentes se establecen a un valor total y fijo, no reconociéndose diferenciado según categoría profesional, por lo tanto, tienen cobertura del 100 % para el afiliado.

5. Prácticas de Rx contrastadas

Se duplica la cantidad de galenos establecidos en el Nomenclador Nacional, para los códigos 34.04.04; 34.04.07; 34.04.09 y 34.04.12 correspondientes a estudios de diagnóstico por imágenes y radiodiagnóstico contrastados.

ANEXO 2

NORMAS DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTO

1. NORMAS DE PROCEDIMIENTO

A) PAUTAS TÉCNICAS DE SERVICIOS INCLUIDOS:

- Consultas en consultorio ambulatorio;
- Prácticas médicas ambulatorias;
- Prácticas radiológicas ambulatorias;
- Atención médica en internación;
- Programas de prevención en la forma y condiciones vigentes, y los que en el futuro implemente el IOMA;

B) PAUTAS TÉCNICAS DE SERVICIOS EXCLUIDOS:

- Códigos ET;
- Artroscopías;
- Derecho de aparatología propiedad del profesional;
- Cirugía post bariátrica reparadora;
- Hemodiálisis con riñón artificial en insuficiencia aguda (27.01.07);
- Prestaciones especiales en internación específicamente mencionadas en el convenio IOMA y las entidades ACLIBA I, II, III, IV, y FECLIBA, a saber:
 - Módulos de cirugía cardiovascular;
 - Procedimientos hemodinámicas;
 - Radioterapia;
 - Litotricia;
 - Adicciones;
 - Diálisis renal, hemodiálisis y diálisis peritoneal;
 - Trasplante de órganos (corresponde inicio por trámite de excepción);

Reeducación y rehabilitación;
Prestaciones de discapacidad;
Servicios auxiliares: kinesiología, fonoaudiología, enfermería.
Internación domiciliaria;
Nutrición enteral y parenteral domiciliaria e internación; Prestaciones no cubiertas por IOMA;
Enfermedades profesionales;
Accidentes de trabajo;
Cirugía plástica no reparadora;
Cosmetología;
Exámenes de pre-ingreso de control y egreso;
Exámenes de aptitud psicofísica; Prácticas o internaciones experimentales;

2. NORMAS DE TRABAJO

Normas médicas

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

A) DE LAS PRESTACIONES

- a. La asistencia en consultorio será prestada por los profesionales Prestadores inscriptos en este Instituto, en las especialidades que forman y adhieren al presente convenio.
- b. El médico deberá solicitar cada vez que atienda a un paciente la exhibición de la documentación que avala el estado de afiliación activo (credencial actualizada o constancia de pago de afiliación voluntaria) y el Documento de Identidad.
- c. La consignación del diagnóstico o código nosológico es elemento imprescindible para obtener el cobro de la prestación.
- d. El IOMA podrá verificar los servicios a sus afiliados debiendo hacerlo por intermedio del personal técnico o médico auditor, cuando se pretenda aclarar

situaciones inherentes al ejercicio profesional del médico. El IOMA practicará las investigaciones pertinentes sobre el profesional médico cuando realicen un número inusual de consultas o prácticas o para verificar la calidad prestacional brindada a sus beneficiarios, de conformidad con lo establecido en la cláusula décimo quinta del presente convenio.

B) DE LA CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DEL MÉDICO

a. Se efectuará de acuerdo al siguiente detalle:

Consulta: acreditan una sola visita por bono.

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

c. Toda documentación primaria, que acredite el servicio otorgado, deberá estar firmada por el médico y por el paciente o quien lo represente, o validada por medios tecnológicos.

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

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

f. Cuando se trate de una práctica invasiva deberá presentar el consentimiento informado del paciente, cumpliendo los requisitos previstos en la Ley 26529, artículos 5 a7.

C) DE LAS ESPECIALIDADES

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

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

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

D) DE LA DOCUMENTACION CLINICA

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

Requisitos mínimos de las historias clínicas:

- a. nombre y apellido completo del afiliado;
- b. edad;
- c. sexo;
- d. fecha y hora de atención;
- e. número de afiliado;
- f. fecha de alta;
- g. datos de la atención:
 1. diagnóstico principal;
 2. diagnósticos concomitantes;
 3. complicaciones;
 4. estudios diagnósticos solicitados;
 5. conclusiones principales de los mismos;
 6. medicamentos y tratamientos indicados
 7. respuesta terapéutica;
 8. evolución;
 9. derivación a otro especialista en el caso de considerarse

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

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

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

c. Al realizar la consulta o práctica el médico deberá entregar al afiliado del IOMA el comprobante de pago firmado y sellado.

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

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

F) DE LAS BOCAS DE EXPENDIO

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

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

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

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

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

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

3. REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS

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

- a) Credencial actualizada, certificación afiliatoria o constancia de pago de afiliación voluntaria del mes en curso.
- b) Documento de Identidad.

Asimismo, los beneficiarios de convenios de reciprocidad deberán presentar:

- a) Credencial actualizada o Carta de autorización provisoria.
- b) Documento de identidad.

4. PROGRAMAS DE ATENCIONAMBULATORIA

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

6. REQUISITOS DOCUMENTALES ESPECIALES

A) DE LASCONSULTAS:

a. Los afiliados que concurren a profesionales médicos, cualquiera sea su categoría, no deberán presentar bono alguno. Los médicos contarán con una planilla provista por el IOMA a través del sistema on line en la cual se registrará la consulta realizada. La planilla contará con varios campos, los cuales deberán ser completados por el médico con los datos afiliatorios del paciente, diagnóstico y firma de afiliado. Dicha prestación se deberá cargar en el sistema on line de donde surgirá un número de autorización que posteriormente será volcado a la planilla.

Las planillas, junto con la pro forma, deberán ser presentadas una vez finalizado el mes en el IOMA para la posterior facturación al IOMA.

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

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

- c. No deberá existir lapso menor de veinte (20) minutos entre una consulta médica y la subsiguiente.
- d. Toda consulta médica deberá consignar claramente el diagnóstico presuntivo del médico.

B) DE LAS PRÁCTICAS:

- a. Toda práctica especializada deberá ser realizada por profesional médico con título de especialista y/o que haya realizado la especialización, excepto cuando por ausencia de dicha especialidad el IOMA hubiere habilitado a otro profesional médico.
- b. Los diagnósticos de resultado deberán ser claramente legibles y sin abreviaturas.
- c. Toda facturación de una práctica médica deberá acompañarse del diagnóstico que la misma produce y el informe correspondiente, excepto en los casos previstos en el presente convenio. En todos los casos la auditoría del IOMA podrá requerir información adicional a los efectos de llegar a un dictamen definitivo.
- d. Las prácticas de diagnóstico por imágenes código 88 livianos, ginecología, cardiología y neumonología, deberán facturarse adjuntando informe y resultado de las mismas.
- e. Las prácticas de rehabilitación deberán consignar día, hora y firma del afiliado por cada sesión para su facturación. No podrá facturarse más de una sesión en el mismo día.

7. REQUISITOS NORMATIVOS PARA LA AUTORIZACION DE PRÁCTICAS

Normas administrativas

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

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

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

F. REGISTRO DE PRESTACIONES

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

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

G. PLANILLA DE DENUNCIA DE ALTA COMPLEJIDAD Y BONO DE HONORARIOSMÉDICOS

En la página web del IOMA (www.ioma.gba.gov.ar) se encuentra el instructivo para solicitar prácticas de alta complejidad y se accede a través de la siguiente ruta: *Prestadores – Códigos88 – Instructivo –paso a paso- para solicitud de estudios de alta complejidad*

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

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

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

b. Planilla de denuncia de alta complejidad. Segunda hoja. Contenido: Corresponde a la respuesta enviada por el IOMA al prestador donde se especificará:

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

del afiliado. En el caso que el profesional considere imprescindible la realización del estudio denegado, podrá reconsiderarlo.

✓Reconsideración: el profesional deberá justificar el pedido de reconsideración del estudio, debiendo reenviarla el prestador vía sistema, transcribiendo lo aclarado por el médico.

✓Datos del profesional que realiza la práctica: el prestador deberá completar los datos personales del profesional que realiza e informa el estudio y fecha del mismo. Cuando la práctica está autorizada aparecerá el "bono de honorarios médicos".

✓Firma de conformidad del afiliado y firma y sello del profesional actuante: su falta permitirá el débito.

I. MODELOS DE PLANILLAS

IOMA

PLANILLA DE DENUNCIA – ALTACOMPLEJIDAD

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

DATOS DEL PACIENTE		DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE	
Apellido:		Apellido:	
Nombres:		Nombres:	
Afiliado N°		Matricula Prov.:	
Edad:	Sexo: F –M	TE cel.:	
Dirección:		T.E. part.:	
Localidad:		T.E. consult.:	
Teléfono			

Diagnóstico presuntivo o confirmado

.....

 ...

PRÁCTICAS SOLICITADAS		
C ó d i g o	S u b Grup o	Descripción

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO O PRÁCTICA SOLICITADA

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

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

Firma y Sello del Profesional solicitante

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

INSTITUCION:.....

DATOS DEL PACIENTE		DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE
Apellido:		Apellido:
Nombres:		Nombres:
Afiliado N°		Matrícula Prov.:
Edad:	Sexo: F -M	TE cel.:
Dirección:		T.E. part.:
Localidad:		T.E. consult.:
Teléfono		

AUTORIZADO	Código	Sub Grupo	S / N O		Fecha de autorización	Fecha de reconsideración

Anestesia General /SI /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODIGO DE AUTORIZACION DE LAPRÁCTICA

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

RESPUESTA:.....

.....

.....

.....

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

PRÁCTICA 100 % A CARGO DEL IOMA.

NO CORRESPONDE COBRO AL AFILIADO BAJO NINGUN CONCEPTO.

Firma de conformidad del afiliado o tercero

BONO	D E H O N O R A R I O S	MÉDICOS
------	--	---------

D A T O S D E L P A C I E N T E	DATOS DEL PROFESION AL PRÁCTICA Q U E R E A L I Z A
Apellido:	Apellido:
Nombres:	Nombres:
Afiliado N°	Matrícula Profesional:
E d a d : Sexo: F – M	Institución:
	T.E.:
Práctica autorizada / / / <u>Código de autorización:</u> Fecha de realización de la práctica:..... PRÁCTICA 100 % A CARGO DEL IOMA. NO CORRESPONDE COBRO AL AFILIADO BAJO NINGUN CONCEPTO.	
_____ Firma de conformidad del afiliado o tercero	_____ Firma y sello del profesional

J. ADHESIÓN DE PRESTADORES

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

Para la presentación de las planillas se completarán los datos solicitados en el "Programa Códigos88", que se puede bajar de la página web del IOMA o mediante soporte magnético entregado oportunamente. La planilla deberá imprimirse y será firmada por el/los profesional/es responsable/s (firmar todas las hojas).

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

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

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

A) DATOS DEL PRESTADOR

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

1. Datos del Establecimiento

Nombre del establecimiento:

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

caso de corresponder a un consultorio particular fuera de un establecimiento, se completará con la leyenda "consultorio particular".

Código de establecimiento:

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

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

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

CUIT e Ingresos brutos:

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

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

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

2. Prácticas que realizan

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

3. Relación de los servicios prestadores con el establecimiento

a. Propios

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

b. Tercerizado

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

c. Consultorio

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

Aclaraciones:

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

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

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

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

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

B) RECURSO HUMANO

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

C) DATOS DEL EQUIPAMIENTO:

Completar datos técnicos del equipamiento

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

10. PRESTACIONES DEL NOMENCLADOR NACIONAL EXCLUIDAS DEL CONVENIO

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

1. Nomenclador Nacional (prácticas excluidas)

Código	Descripción
02-----	OPERACIONES EN APARATOVISION
0201---	OP. ORBITA, GLOBOOCULAR
07-----	OP. SISTEMACARDIOVASCULAR
0701---	OP. CORAZON YPERICARDIO
070101	SEPTOSTOMIAINTERAURICULAR
070102	SEPTOSTOMIA CON BALONRASHBIND
070103	COLOC. MARCAPASO DEF: ELECT.ENDO
070104	COLOC. MARCAPASO DEF: ELECT.EPIC
070106	CAMBIO GENERADOR MARCAPASODEF
070106	IMPLANTA. CIRCULAC. ASISTIDAEXT
070107	MANTENIM. CIRCULAC. ASISTIDAEXT
070108	CARDIORRAFIA
070109	PERICARDIOTOMIA
070110	BIOPSIA DEPERICARDIO
070111	PERICARDIOCENTESIS
070112	CATETERISMO CORAZON. COL.MARCAP.
0702---	OP. CARDIOVASCULARES- C.EXTRACOR
070201	T.Q.CARD. CONG. COMPLEJAS: FALLOT
070202	T.Q.CARD. CONG COMPL. C /HIPOTERM
070203	REEMPLAZO DE VALVULACARDIACA
070204	DOBLE REEMPLAZO VALVULARCARD.
070205	REEMPLAZO Y PLASTICAVALVULAR
070206	CIERRE DEFECTOSSEPTALES
070207	T.Q ANEURISMAS CAYADOAORTICO
070208	T.Q ANEURISMAS AORTA ASC/DESC
070209	DERIVACION AORTOCORONARIO
070210	DERIVACION MAMARIOCORONARIA
070211	RESEC. ANEURISMA VENTRIC: UN.INT

070212	RESEC. ANEURISMA VENTRIC:REVASC
0703---	OP. ARTERIAS Y VENAS TORACICAS
070301	CIRUG. GRANDES TRONCOSTORACICO
070302	T.Q. ANEURISMA AORTATORACICA
0704---	OP. ARTERIAS Y VENASABDOMINAL
070401	T.Q. ANEURISMA AORTAABDOMINAL
070402	CIRUG. RAMAS VISCERAL AORTAABD
070403	DERIV. AORTO/ ILIACO - FEMORALUNI
070404	DERIVACION AORTOBIFEMORAL
070405	DERIVACION AORTOILIACO
070406	OTRAS DERIV. ARTERIALESABDOM
070408	CIRUGIA DE LA VENACAVA
070409	COLOCACION FILTRO MOBIL -UDDIN

0705---	OP. ARTERIAS Y VENAS DELCUELLO
070501	CIRUG. ARTERIA CAROTIDA /VERTEBR
070503	GLOMECTOMIA
0706----	OP. ARTERIAS Y VENAS DEMIEMBRO
070603	DERIVAC. VASOS PERIFER: INJ.VENO
070604	DERIVAC. VASOS PERIFER: INJ.SINT
0707---	PROC. ANGIO -CARDIORRADIOLOGICOS
070701	CATETERISMO CORAZON -DIAGNOSTIC
070702	CARDIOGRAFIA -ANGIOCARDIOGRAFIA
070703	CORONARIOGRAFIASELECTIVA
10-----	OP. AP. URINARIO / GENIT.MASCULINO
1001---	OPERACIONES EN RIÑON Y URETER
100105	CIRUGIA VASCULORRENAL DERIÑON
100106	TRANSPLANTERENAL
27-----	NEFROLOGÍA
270101	HEMODIALISIS EN INSUF. RENALAG
270102	HEMODIALISIS EN INSUF. RENALCR
270103	DIALISIS PERITONEAL
34-----	RADIOLOGÍA
340801	CONTROL RAD. COL. MARCAPASOTRAN
340802	CONTROL RAD. COL. MARCAPASODEFI
340803	CONTROL RAD. CATETERISMO DER //Z
340804	CARDIOGRAFIA /ANGIOCARDIOGRAFIA
340805	CORONARIOGRAFIA
340806	INV. FÍSTULAS VASCULARES PULMON
340807	PANARTERIOGRAFIA CAYADO AORTIC
35-----	TERAPIA RADIANTE
350101	ROENTGENOTERAPIA SUPERF / PROFUN
350102	TELECOBAL TERAPIA
350201	RADIUM - TERAPIA HASTA 1000 mg /H
350202	RADIUM - TERAPIA C/ 1000 mg / HEXC
350203	ALQUILER DEL RADIUM
43-----	PRESTACIONES SANATO / ENFERMERIA

430201	CURACIONES
430202	CURACIONESQUEMADOS
430301	INYECCIONES CÓN SUL. EXTER xAPLIC
430401	NEBULIZACION C /NEBULIZADOR
430402	NEBULIZACION C /RESPIRADOR
44-----	UNIDAD CORONARIA / RESPIR. MOVIL
440101	UNIDAD CORON / RESP. MOVIL xHORA

2- Prácticas/modalidades Nomencladas en otros Convenios

1. Nocturnidad
2. Derecho de Aparatología (UDAs)
3. Prácticas de Unidad de Terapia Intensiva (códigos 37xxxx, 41xxxx y 40xxxx)

ANEXO 5

CIRCUITO DE FACTURACION Y REFACTURACION DE PRESTACIONES n INDIVIDUALES

Se describe el procedimiento a anexarse dentro del Convenio a suscribir por parte de los Profesionales.

1. TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS.

EL PROFESIONAL deberá informar prestaciones médicas realizadas a los afiliados del IOMA en el sistema informático provisto al efecto. La Dirección General de Prestaciones procederá a revisar, y en su caso, a validar lo informado en cuanto a su adecuada transmisión.

Culminado el mes de prestación, del 1 al 5 del mes siguiente, el IOMA efectuará la valorización correspondiente de las prestaciones transmitidas e informará EL PROFESIONAL el monto total mensual a facturar, mediante su comunicación a través del domicilio electrónico (casilla de mail) previamente constituido, que indicará cuando la liquidación se encuentre disponible.

2. REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

2.1 Lugar y fecha de presentación de la documentación

EL PROFESIONAL, deberá presentar, junto con la facturación, listado de prestaciones médicas realizadas a los afiliados de IOMA –de acuerdo a lo transmitido electrónicamente-, que serán recepcionados en una única presentación, en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria (Departamento Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria) del IOMA o en la oficina que determine el Instituto. La facturación agrupará separadamente las prestaciones de cada mes respetando el origen afiliatorio y los convenios respectivos. Esto dará origen a que se presente una única factura por mes calendario, dentro de la cual se diferenciarán las consultas de acuerdo a origen afiliatorio. Las refacturaciones requerirán una nueva factura.

2.2 Requisitos particulares de la documentación

Resumen de prestaciones

Se presentará el resumen de prestaciones de acuerdo a la proforma emitida por el sistema informático.

- Datos del PROFESIONAL
- Número de matrícula del profesional
- Categoría
- Mes de prestación facturado
- Domicilio de correo electrónico del prestador
- Número de equipo (para los casos de equipos médicos autorizados)
- Datos de las prestaciones, conteniendo la fecha de las mismas
- Cantidad de Prácticas realizadas con el código normativo correspondiente.
- Valor respectivo de cada una de las prácticas, indicando el gasto que corresponda.
- Toda la documentación contendrá los datos del número de bono, número de beneficiario, apellido y nombre del afiliado.
- Planilla de Asistencia / Conformidad del Afiliado - solo en el caso de que no se utilice la Clave Única Digital-. La misma contendrá: Nombre, apellido y número de afiliado, Nombre y Matrícula del profesional, Mes de prestación, Descripción diaria del horario de entrada y salida o duración de la sesión, firma del Profesional, firma del Afiliado o Familiar (en este caso aclarar grado de parentesco).

Asimismo, presentará factura original acompañando:

- Constatación de Comprobantes con CAE de la respectiva factura.
- Constancia de Inscripción/Opción de AFIP actualizada.
- CBU extendido por el Banco o Home Banking.

3. PLAZOS

3.1 Comunicado el monto a facturar al profesional, la facturación será presentada en el IOMA hasta el día 15 del mes siguiente al de prestación, junto con la documentación respaldatoria detallada anteriormente, cada factura deberá contener sólo un mes determinado de cobertura, debiendo entenderse por mes de cobertura al mes calendario, no a mes prestacional.

Toda la documentación deberá encontrarse foliada correlativamente.

Los días de prestación correspondientes a meses distintos al que se está facturando se incluirán en factura aparte.

El plazo máximo - perentorio - de vencimiento para la presentación de la facturación será de noventa (90) días contados desde culminado el mes de prestación; toda prestación que supere dicho lapso, no podrá ser liquidada siendo devuelta al prestador.

La emisión de la factura deberá ser realizada a partir del primer día del mes siguiente al mes prestacional y a partir de que sea informado el monto respectivo por el Instituto.

3.2 FACTURACIÓN MENSUAL

Se presentará una factura global por tipo de afiliado (obligatorio, voluntario individual, voluntario colectivo y reciprocidad) y por mes prestacional; factura B ó C según corresponda, a nombre de IOMA, por duplicado firmada y sellada por el prestador en original los dos formularios.

El monto total se facturará discriminado según sean afiliados "Obligatorios" (su número de credencial comienza con un número), "Voluntarios Individuales" (número de credencial comienza con las letras A a la I inclusive), "Voluntarios Colectivos", (número de credencial comienza con las letras J a la Z inclusive, excepto la X), "Beneficiarios de otras Provincias por Reciprocidad" (su número de credencial comienza con la letra X). Deberá discriminarse lo correspondiente a consultas de lo concerniente a copagos bonificados.

a) Factura: La misma deberá contener en todos los casos:

-Nombre, domicilio y datos impositivos del IOMA

-En la descripción: Honorarios Médicos y Derechos de atención por servicios médicos, nro. Resolución

- Unidad de medida: en "Unidades". Una unidad y el monto por tipo de afiliado, de acuerdo a la descripción indicada arriba.

Será nula toda factura enmendada, tachada, raspada o que presente cualquier otro tipo de adulteración.

3.3 NORMAS DE REFACTURACIÓN

Cuando del proceso de control de la facturación presentada, surjan descuentos a practicar sobre la misma, se realizará el correspondiente débito quedando a disposición del prestador del servicio, a partir del momento en que reciba el pago, la planilla de detalle (DEBITOS).

El prestador del servicio se reservará el derecho de analizar los débitos efectuados por el IOMA y, de corresponder, volverlos a facturar presentando dentro de los 60 (sesenta) días corridos posteriores al cobro de la factura, un pedido de reconsideración mediante trámite iniciado en la Delegación o Región según corresponda. La nueva factura del servicio que se emita, deberá consignar indefectiblemente el número de remito asignado a la factura objeto del ajuste (de la que además deberá acompañar fotocopia), fotocopia del "Demostrativo de Pago", de planilla de "Detalle de Débito" y documentación que argumente y justifique el reclamo y su correspondiente revisión. No se podrán agrupar en una sola factura el pedido de

reconsideración de varias notas de débito, sino que se emitirá una por cada remito.

3.4 DÉBITOS

La Planilla de "Detalle de débito" deberá indicar número de trámite por el cual se reclama. La misma será retirada del Sector Liquidadores de Prestaciones Individuales (IOMA Sede Central La Plata, calle 46 N°886).

3.5 Otros Requisitos

3.5.1 Normas de facturación

3.5.2 Cada facturación se limitará a Honorarios Médicos, Derechos de atención y copagos bonificados que han sido prestados por el médico.

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

3.5.4 Las facturas presentadas deberán corresponder a servicios efectivamente realizados en forma personal y directa por el facultativo. Ningún médico podrá incluir servicios en los que hubieran intervenido parcial o totalmente otros profesionales, salvo en los casos que específicamente su retribución es global y en función de equipo médico.



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2021 - Año de la Salud y del Personal Sanitario

Hoja Adicional de Firmas
Convenio

Número:

Referencia: Convenio Individual PIROZZO

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 38 pagina/s.