

LA PLATA, 14 SEP 2011

VISTO el expediente N° 2914-9233/11, iniciado por DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS caratulado: "REF. DEROGACION DE LAS RESOLUCIONES VIGENTES N° 5417/08, N° 4062/10 N° 7108/10 Y EL DICTADO DE UN NUEVO ACTO ADMINISTRATIVO QUE REGULE LAS PRESTACIONES DE TRASLADO Y/O TRANSPORTE ", y

**CONSIDERANDO:**

Que por las presentes actuaciones se propicia la elaboración de un nuevo acto administrativo que establezca la totalidad de las prestaciones de traslado y/o transporte brindadas a nuestro universo afiliatorio, como así también la consecuente derogación de las vigentes Resoluciones N° 5417/08, 4062/10 y 7108/10;

Que a fojas 1 y vta., la Dirección de Programas Específicos informa que dicha propuesta prevé, no solo una readecuación y actualización de los valores vigentes, sino también la modificación de aspectos prestacionales y circuitos administrativos de autorización y facturación, más ágiles tendientes a sanear los inconvenientes detectados en los mecanismos actuales. Se contemplan las siguientes modalidades de traslados: Ambulancia con/sin médico, con/sin espera; Ambulancia UTIN, Ambulancia Neonatal, Unidad de traslado para pacientes ambulatorios sin riesgo de vida; Transporte en combi para personas discapacitadas de hasta veinte (20) pasajeros; Transportes Escolares; Transportes de discapacitados para sillas de rueda; Automóvil con habilitación para transporte de pasajeros. Asimismo, se prevé la delegación de la autorización (incluyendo reintegros) en los Directores Regionales de los traslados que no superen los tres (3) meses de prestación, excluyendo el traslado de afiliados a Centro de Día, Centro Educativo Terapéuticos y Escuelas Especiales; como así también la delegación del

6938 / 11

procedimiento de liquidación de la facturación de traslados de afiliados que concurren a Escuela Especial, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, de aquellos que realizan tratamientos que no superen los tres (3) meses de prestación y de trámites por kilometraje excedente a los autorizados en convenios. Asimismo, se implementa la modalidad de autorización mediante un sistema vía WEB-online-, a fin de agilizar el requerimiento;

Que a fojas 2, se agrega proyección estimativa del gasto provocado por el aumento en traslados para afiliados con discapacidad, concurrentes a centros de día, centros educativos terapéuticos y escuelas especiales, del diecinueve por ciento (19%), la que arroja un aumento mensual de pesos trescientos ochenta y tres mil ochocientos noventa (\$ 383.890);

Que a fojas 3/36 vta., lucen Anexos 1 a 7 que formarán parte del acto administrativo a dictarse, correspondientes a Consideraciones Generales, Documentación Requerida, Exclusiones, Modelos de Planillas, Circuitos Administrativos de autorizaciones y Reintegro, y Valores de Transporte, respectivamente, con entrada en vigencia a partir del 1º de mayo de 2011;

Que a fojas 37, la Dirección General de Prestaciones estima que debería darse curso favorable a la solicitud planteada;

Que a fojas 38, la Dirección General de Administración remite las actuaciones a la Dirección de Finanzas a fines de tomar el compromiso preventivo en las partidas presupuestarias por la suma de pesos tres millones setenta y un mil ciento veinte (\$3.071.120), por el período Mayo - Diciembre de 2011;

Que a fojas 40, luce la imputación presupuestaria del gasto por la suma indicada precedentemente atendido con el cargo a la partida: EN 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2011 ;

Que a fojas 42 y vuelta, la Dirección de Relaciones Jurídicas entiende que, no existiendo objeciones legales que formular al respecto, podría el Honorable Directorio brindar tratamiento a la presente propuesta de la Dirección de

6938 / 11

Programas Específicos, conforme los proyectos que lucen a fs. 3/36 vta., los cuales constituirán los Anexos 1 a 7 del acto administrativo a dictarse en consecuencia; como así también derogar las Resoluciones N° 5417/08, 4062/10 y 7108/10;

Que a fojas 44 el Departamento de Coordinación deja constancia que el Honorable Directorio, en su reunión de fecha 25 de agosto de 2011, según consta en Acta N° 34, RESOLVIÓ: Derogar las Resoluciones N° 5417/08, 4062/10 y 7108/10; y aprobar el dictado de una nueva Resolución para la actualización de los valores vigentes y la modificación de aspectos prestacionales y circuitos administrativos de autorización y facturación correspondientes a las prestaciones de traslado y/o transporte brindadas a nuestros afiliados, conforme a los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7, los que formarán parte del acto administrativo a dictarse como Anexo 1. Con entrada en vigencia a partir del 1° de mayo de 2011;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas la Ley N° 6982 (T.O. 1987).

Por ello,

**EL HONORABLE DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO  
ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
RESUELVE**

**ARTICULO 1º.** Derogar las Resoluciones N° 5417/08, 4062/10 y 7108/10.

**ARTICULO 2º.** Aprobar el dictado de una nueva Resolución para la actualización de los valores vigentes y la modificación de aspectos prestacionales y circuitos administrativos de autorización y facturación correspondientes a las prestaciones de traslado y/o transporte brindadas a nuestros afiliados, conforme a los Anexos 1, 2, 3,

6938 / 11

4, 5, 6 y 7, los que formarán parte del acto administrativo a dictarse como Anexo 1.  
Con entrada en vigencia a partir del 1º de mayo de 2011.

**ARTICULO 2º** El gasto será atendido con el cargo a la partida: EN 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2011.

**ARTICULO 3º.** Registrar. Notificar a la Dirección de programas Especificos. Comunicar a la Dirección General de Prestaciones. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

**RESOLUCION N°**



*Antonio La Scaleia*  
Dr. ANTONIO LA SCALEIA  
Presidente  
I.O.M.A.

ANEXO 1

**CONSIDERACIONES GENERALES**

1. Los traslados en ambulancia incluirán chofer y enfermero y/o camillero.
2. En ningún caso se sumará el valor del traslado en radio urbano al valor estipulado para los traslados realizados fuera del radio urbano.
3. Para los traslados de personas discapacitadas, el monto reconocido incluye el traslado del Afiliado de ida y vuelta al lugar de origen.
4. Cuando los afiliados deban solicitar el traslado a escuela especial y/o Centros de Día, será indispensable que dentro del mismo trámite y por el mismo periodo se solicite la autorización de concurrencia, o adjunte certificación de la misma, agregando a la documentación presentada lo requerido en el punto 4 del Anexo 2.
5. **Solicitud de Reintegro:** se reconocerán los trámites cuya fecha de iniciación no supere los 180 días posteriores a haberse realizado la prestación, y de acuerdo a las normativas y circuito actuales de la resolución de reintegros vigente. Se liquidará y abonará en la Región correspondiente.
6. **Solicitud de Autorización:** **a) Trámites Descentralizados:** traslados por periodos de hasta 3 meses (excepto Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico y Escuela Especial), traslado único para control o estudio específico, traslado para tratamiento de quimio y/o radioterapia, traslados para controles que por patología debe ajustar frecuencia. **b) Trámites centralizados:** traslados mayores a tres meses, traslados a Centros de Día,



6938 / 11

Centro Educativo Terapéutico y Escuelas Especiales, cambios de prestador, trámites de prestaciones no incluidos en resolución vigente y reconsideraciones, y Oficios/Amparos/Carta Documento/Nota reclamo referidas a traslados.-

Se reconocerá la prestación a partir de la fecha de autorización del trámite. En caso de estar realizándose la prestación al momento de iniciarse el trámite, se considerará como fecha límite de autorización de cobertura la fecha de iniciación de ese trámite.

7. Todo trámite de solicitud de transporte ya sea por Reintegro o Autorización deberán ser cargados en el sistema SOL.
8. No será aplicable a los trámites de traslado, la modalidad de prórroga automática utilizada para trámites de otras prestaciones.
9. **Sistema de autorización Trámite de Traslado:** Se crea un Sistema vía Web para la autorización de Traslado, al que se accede a través del sitio Oficial de este IOMA, que prevé un circuito de autorización on line para los distintos trámites a realizar, a fin de brindar una agilización en el requerimiento, cuyo Manual de Usuario obra en el Anexo 6.-

### NORMAS DE FACTURACION

#### Descentralización de las liquidaciones de trámites de traslados

Cada Dirección Regional liquida la facturación y envía los remitos y documentación respaldatoria al 4° Piso Departamento Liquidaciones

6938/11

Subdirección Contable de Sede Central adjuntando el trámite de cobertura en el primer período liquidado.

Deberá presentarse factura B ó C, por triplicado, a nombre de IOMA, con domicilio, localidad, N° de CUIT de este instituto (3062824952-7), y su calidad ante el IVA (exento).

Confeccionar una factura por cada categoría afiliatoria (afiliados voluntarios individuales, afiliados voluntarios colectivos, o afiliados obligatorios \*). con monto final en cada una en N° y letras, por triplicado y firmada por representante legal del Transporte.

\*Afiliados Obligatorio: el N° de Carnet de IOMA comienza con un número.

\*Afiliados Voluntarios Individuales: el N° de Carnet comienza con la *letra A a la J* inclusive.

\*Afiliados Voluntarios Colectivos: el N° de Carnet comienza con la *letra K a la Z*

Cada factura contendrá un (1) solo mes calendario de cobertura; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al mes calendario que se está facturando se incluirán en una factura aparte.

**ACOMPAÑANDO CADA FACTURA SE ENVIARA:**

1. Hoja de resumen mensual por cada factura y por duplicado donde constará nombre del afiliado, N° de afiliado, modalidad prestacional; total mensual por afiliado, y total general.
2. Original de la orden de prestación en la facturación del 1 ° período de prestación brindada. En **las** facturaciones de los meses subsiguientes se enviará la fotocopia de **la** orden original.

6938 / 11

3. Deberá adjuntarse planilla de asistencia y conformidad diaria a cada uno de los traslados brindados con la firma en conformidad del afiliado o familiar responsable debidamente identificado (firma, aclaración, N° de documento, y relación filial de quien firma respecto al afiliado), y del transportista que brinda la prestación.
4. Adjuntar certificado de asistencia emitido por la escuela especial, centro de día o centro de rehabilitación, a cada período que factura.
5. Fotocopias de las correspondientes habilitaciones e inscripciones, de acuerdo a las normas de la AFIP. y ARBA.
6. Fotocopia de la habilitación de la unidad, emitida por el organismo correspondiente.

#### **SITUACIONES ESPECIALES:**

- No podrá el transportista requerir a los afiliados sumas algunas adicionales a las estipuladas en las Resoluciones vigentes, por la atención brindada.

#### **NORMAS COMUNES A TODAS LAS PRESTACIONES**

- 1- La documentación será presentada del 1 al 10 de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada, en la Delegación de IOMA correspondiente, considerándose en caso de feriado el último día hábil anterior a la finalización de dicho plazo, debiendo facturar mes calendario en cada presentación..
- 2- La presentación de la facturación con posterioridad a los plazos establecidos será considerada como ingresada el día primero del mes inmediato subsiguiente.

6938 / 11

3- Toda presentación de facturación que no cumpla con los requisitos de la presente será devuelta, a los efectos de cumplimentar la totalidad de los mismos.

4- Toda facturación deberá acompañarse de la correspondiente Verificación Afiliatoria de cada afiliado.

### **REFACTURACIONES**

Cuando del proceso de control de la facturación presentada surjan descuentos a practicar sobre la misma, el IOMA comunicará el correspondiente Débito al cancelar el pago, quedando a disposición del transportista y a partir de este momento el detalle de los débitos efectuados.

-Si el Prestador del servicio no comparte el débito efectuado por el Instituto podrá presentar dentro de los sesenta (60) días posteriores al cobro de la factura, un pedido de reconsideración fundamentado que se formulará en una nueva facturación emitida según las normas presentes, adjuntando la documentación respaldatoria que certifique dicha reconsideración y copia de la planilla de certificación del debito realizado.

-La factura que se emita deberá consignar indefectiblemente el número de remito asignado a la factura objeto del ajuste.

-No se podrá agrupar en una sola factura el pedido de reconsideración de varias notas de débito que correspondan a distintos remitos, sino que se emitirá una factura por cada remito que haya sido objeto de ajuste por el IOMA.

6938 / 11

**DOCUMENTACION REQUERIDA**

A los efectos del reconocimiento de los traslados solicitados por el afiliado, incluidos en el Anexo 1, este deberá presentar ante el IOMA la documentación que a continuación se detalla:

**1. En todos los casos:**

a) Original y fotocopia del carnet de beneficiario que lo acredite como tal; DNI (1° y 2° hoja); último recibo de haberes o comprobante de pago en caso de tratarse de beneficiarios voluntarios.

b) Verificación afiliatoria: en todos los casos, el responsable de La Dirección Regional y/o Delegación del Interior deberá cumplimentar la verificación afiliatoria (Resolución N° 824/79).

En caso de poseer Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza toda la documentación básica y el Certificado de Discapacidad. Deberá anexarle la Verificación Afiliatoria.

c) 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.

d) Resumen de Historia Clínica especificando la justificación del traslado.



e) Comprobante que acredite la prestación a realizar para la cuál solicita el traslado.-

f) Presupuesto a nombre del beneficiario si es por vía de autorización previa.

g) Recibo de pago si es por vía de reintegro. Deberá ser recibo de pago o factura en formularios B O C a nombre del afiliado, indicando Kilometraje en todas las modalidades de traslado con firma y sello del responsable.

h) Fotocopia de la habilitación ministerial y/o municipal correspondiente de la unidad de traslado. Las **ambulancias y automóviles** deberán presentar dicha habilitación conforme a lo establecido en el Decreto N° 3280/90 para aquellos casos en que el efector del traslado no haya sido registrado previamente como servicio autorizado por el IOMA.

**2. Traslados en Unidad de Terapia Intensiva Móvil:** La historia clínica debe justificar por patología y urgencia la utilización de este servicio. Si así no fuera, será reconocida una de las modalidades de ambulancia de baja complejidad.

**3. Traslados en ambulancia para pacientes ambulatorios sin riesgo de vida:** para pacientes en tratamiento de rehabilitación y/o pacientes con patologías crónicas.

**4. Traslados de personas con discapacidad,** los afiliados que acceden al servicio de traslado son los que presentan compromiso motor severo; trastornos severos de la personalidad; retardo mental moderado, severo o profundo, y cualquier otro cuadro que por sus características impida hacer uso del transporte público.

6938 / 11

A la documentación especificada en los apartados a); b), c) y d) del punto 1 se debe agregar:

- Certificado de Discapacidad o Credencial de Discapacidad de IOMA (Padrón de Discapacidad).
- Aclaración de kilometraje diario y mensual.
- Habilitación correspondiente, en caso de tratarse de traslado en automóvil habilitado para transporte de pasajeros.

*Alm*

6938 / 11

**ANEXO 3**

**EXCLUSIONES**

1. Esta Resolución no resulta aplicable a los efectores incluidos en los convenios vigentes IOMA-ACLIBA, IOMA-FECLIBA, los que se regirán en la materia por las normas contractuales correspondientes.
2. Quedan excluidas de la presente Resolución los Hospitales Públicos Provinciales y Municipales regidos por los convenios IOMA-FECLIBA e IOMA-ACLIBA.
3. Quedan excluidas de esta Resolución todas las Instituciones o Entidades que mantengan convenio directo con IOMA y el tema traslado esté incluido en el mismo, como así también, todas aquellas Instituciones que aunque no estén vinculadas por convenio con IOMA, se hayan adherido por medio de Declaración Jurada a la Resolución N° 348/04.
4. Quedan excluidos de la presente, aquellos afiliados discapacitados que puedan utilizar transporte público en forma gratuita para concurrir a Instituciones de Discapacidad, y los que tengan contemplados los traslados por otros Organismos oficiales o no oficiales. Asimismo, no están incluidos en el alcance de la misma, las personas que no presenten algún trastorno enunciado en el punto 4 Anexo 2.-
5. En caso de solicitud de reintegros o autorizaciones, no se aceptarán aquellos trámites que no cumplan con los requisitos descriptos en los puntos 5 y 6 del Anexo 1 (CONSIDERACIONES GENERALES).-

6938 / 11

ANEXO 4

MODELOS DE PLANILLAS

- 1) SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTE
- 2) ACTA DE AUTORIZACIÓN
- 3) DISPOSICIÓN DE REINTEGRO



6938 / 11

# SOLICITUD DE AUTORIZACION DE TRANSPORTE

## DATOS DEL AFILIADO

Trámite N°: \_\_\_\_\_ Afiliado N°: \_\_\_\_\_  
Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Familiar responsable: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

Solicitud de Autorización de transporte por el período: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

En caso de prórroga indicar fecha de inicio : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cobertura de traslado desde.....Hasta.....

Institución a la que concurre	Esc. Esp.	C. De Día	C. E. T.	Otros
-------------------------------	-----------	-----------	----------	-------

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

El traslado será realizado en.....

Trayecto diario:.....Kms.

Trayecto mensual:.....Kms.

Valor del Km según Resolución .....: \$.....

## INFORME DE AUDITOR REGIONAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y sello

## INFORME DE AUDITOR CENTRAL

Se autoriza SI NO

Por el termino de : \_\_\_\_\_ a partir del : \_\_\_\_\_

Se reconoce la suma de \$..... Mensuales.

Valor total del período autorizado: \$.....

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y sello

6938 / 11

ACTA DE AUTORIZACION

TRAMITE N°.....  
AFILIADO.....  
CARNET N°.....

**IOMA**

INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL

ORDEN DE PRESTACION

La Plata,.....de.....de 20.....

Señor

.....

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. en carácter de Director Regional,  
a efectos de comunicarle que este IOMA se hará cargo de los gastos que demande la  
prestación de.....

A partir del..... y por el término de .....  
de acuerdo a Resolución N°.....

Por lo expuesto, solicito quiera disponer la facturación de una  
cobertura en pesos.....  
por la prestación mencionada.

La factura de ese servicio deberá ser acompañada por la Orden  
de Prestación original, y una constancia firmada por el afiliado dando conformidad de la  
atención recibida.

OBSERVACIONES:

.....  
.....

SÍRVASE PRESENTAR ESTE ORIGINAL ANTE EL SERVICIO PRESTADOR.

SELLO I.O.M.A.

FIRMA Y SELLO DE DIRECTOR REGIONAL

6938 / 11

DISPOSICIÓN PARA REINTEGRO

Visto el trámite ----- por el que se gestiona el reintegro de gastos ocasionados por el traslado solicitado por el afiliado ----- y;

**CONSIDERANDO:**

Que la Auditoría Técnica Profesional de la Dirección Región ----- luego de analizar la documentación obrante en el presente justifica el traslado solicitado emitiendo el correspondiente informe técnico que luce a fs.

Que el Director de Región -----, en uso de las facultades otorgadas mediante Resolución ----- autoriza el reintegro solicitado, por un monto de PESOS (\$-----), en concepto de traslado en ----- según valores de tabla establecidos en la resolución N° -----

Por ello:

**EL SR. DIRECTOR DE REGION** \_\_\_\_\_

**EN USO DE LAS FACULTADES CONFERIDAS POR RESOLUCIÓN N°** \_\_\_\_\_

**DISPONE:**

**Artículo 1:** Hacer lugar al reintegro solicitado por el afiliado ----- otorgando un monto de **PESOS** ----- (\$-----), en concepto de Traslado en ----- correspondiente al mes de ----- --- en virtud de los considerandos expuestos.

**Artículo 3** Regístrese. Comuníquese al afiliado. Procédase a la Liquidación y ----- pago a través Dirección o Delegación que correspondiere Cumplido, ARCHIVASE.-

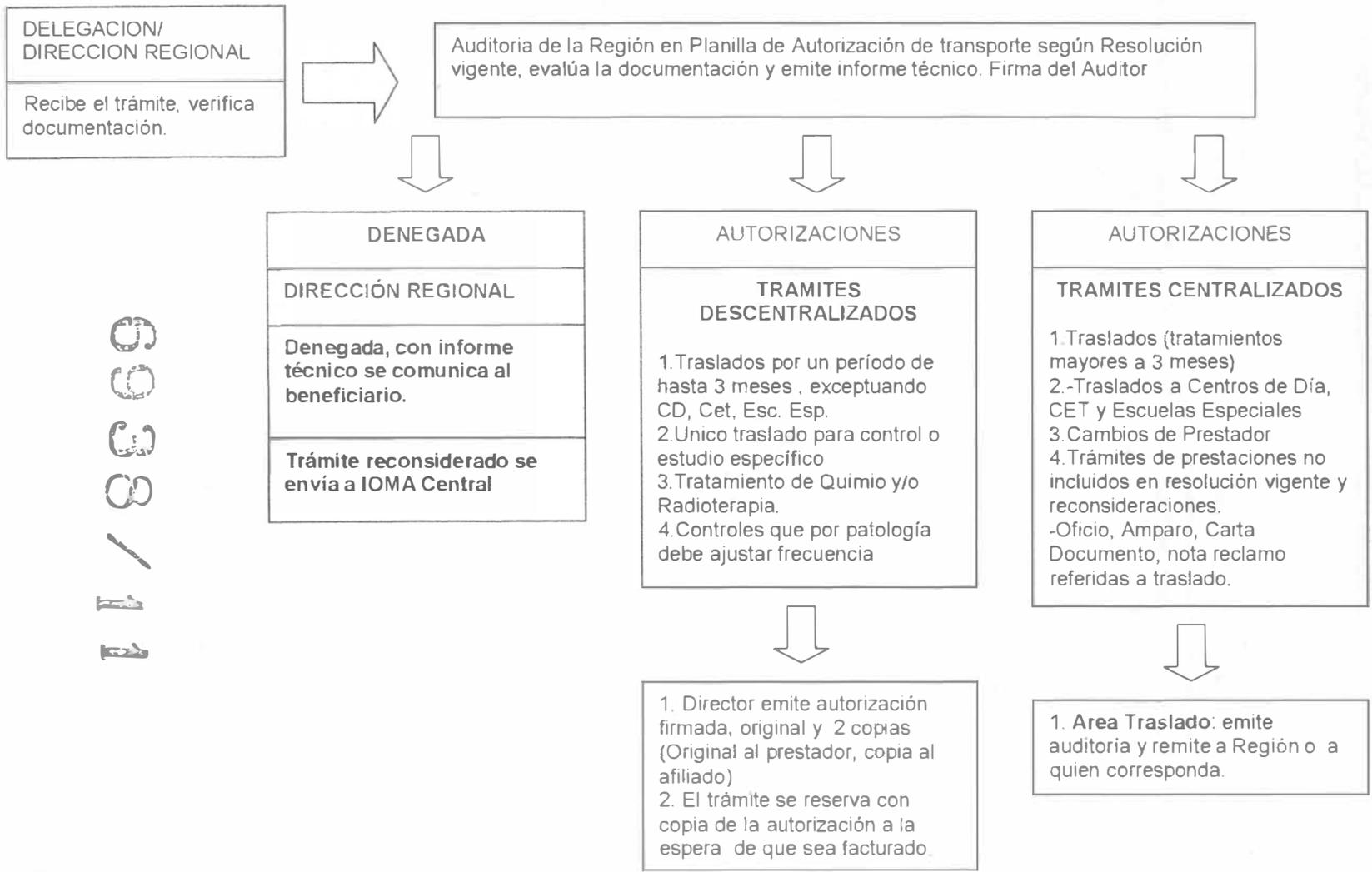
DISPOSICIÓN N°.....



6938 / 11

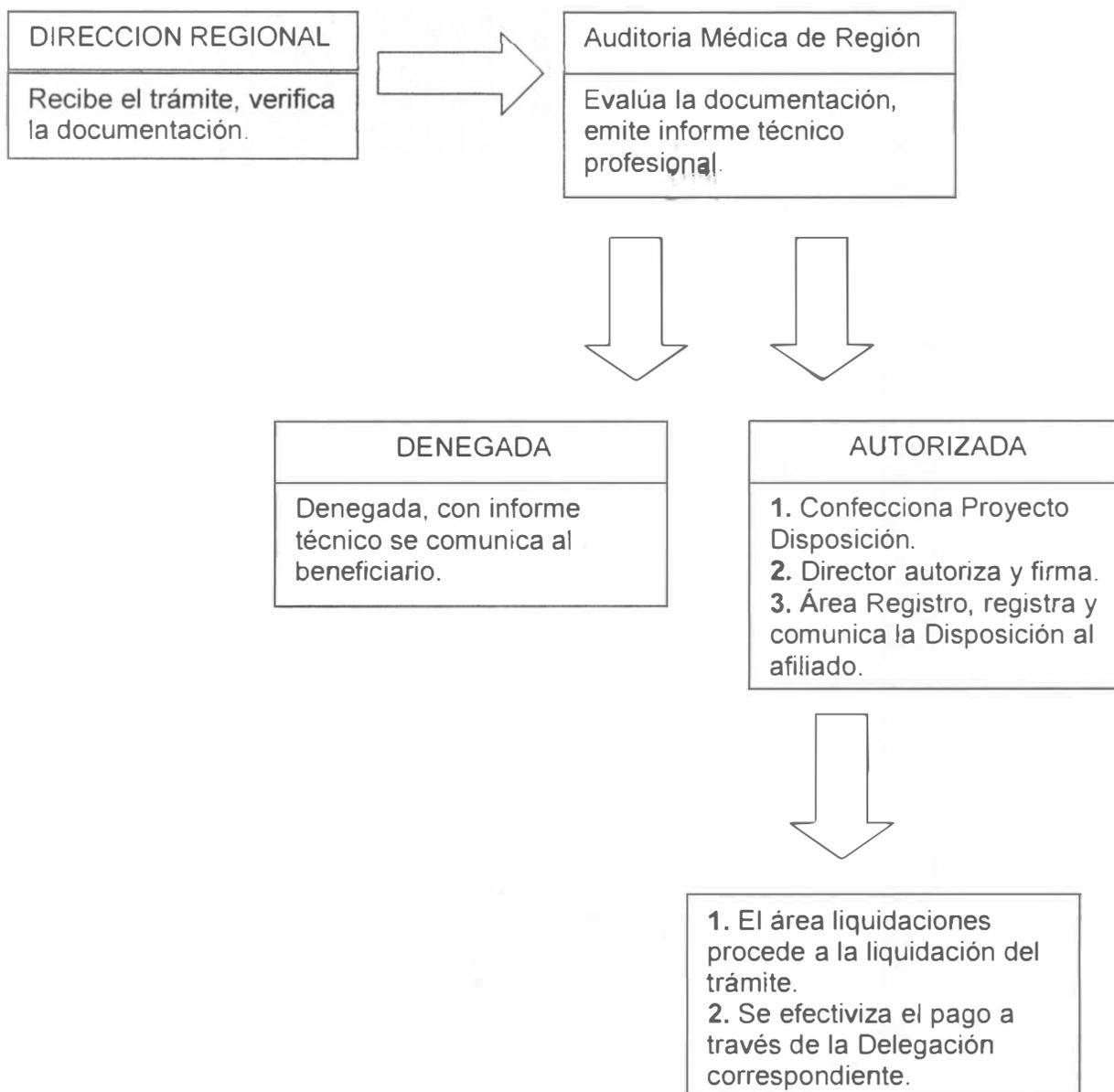
*[Handwritten signature]*

**CIRCUITO DE AUTORIZACIONES DE TRASLADOS/TRANSPORTE  
EN AMBULANCIA - AUTOMOVIL DE TRANSPORTE- COMBI O COMBI PARA SILLA DE RUEDAS**



6038/11

## CIRCUITO DE REINTEGRO DE TRASLADO



## Índice

1. Introducción
  
2. Entrada al sistema
  
3. Menu Principal
  - 3.1 Trámites de Traslado
    - 3.1.1 Alta
    - 3.1.2 Baja
    - 3.1.3 Modificación
  - 3.2 Auditoria Trámite de Traslado
  - 3.3. Trámites en Sede Central
  - 3.4 Cambio Contraseña
  - 3.5 Salir



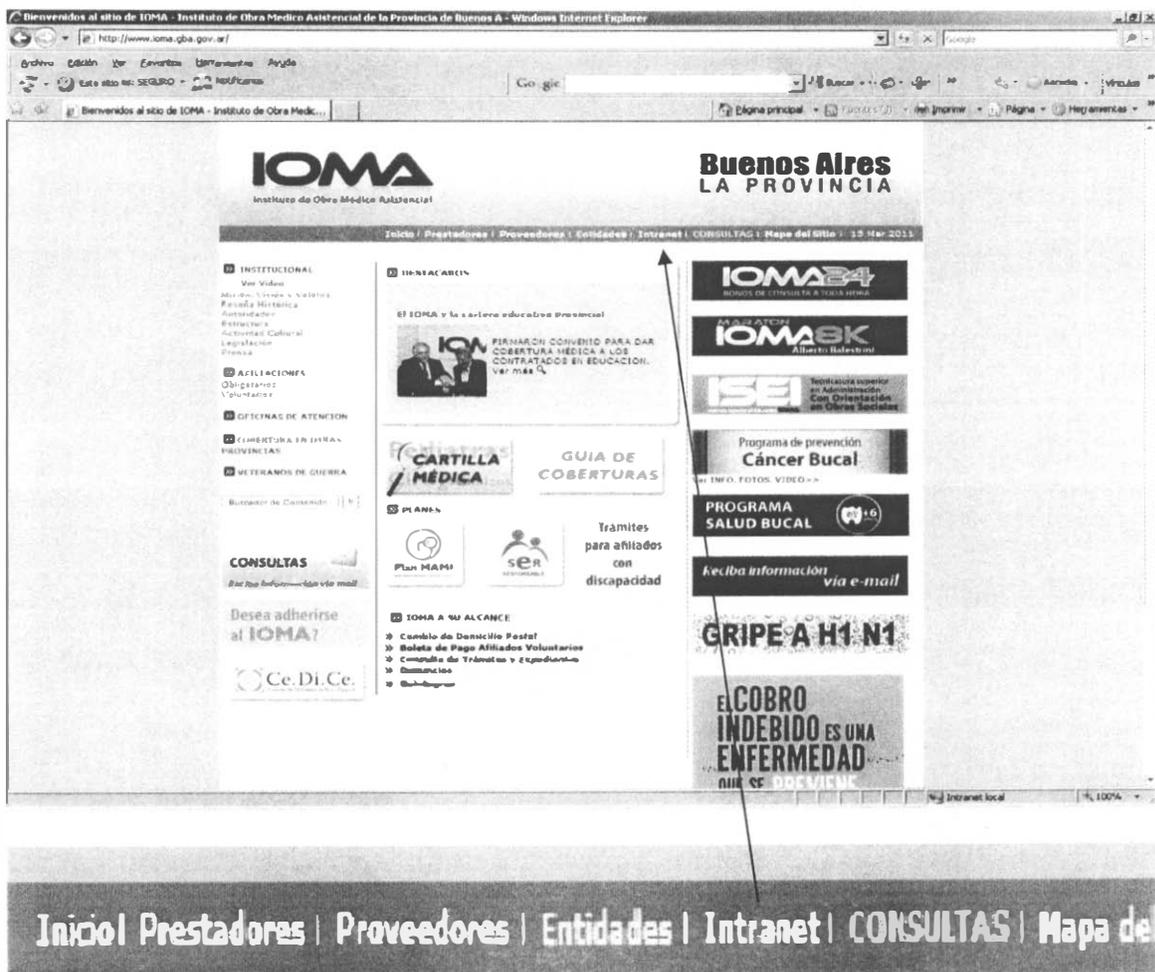
6938 / 11

# 1.Introducción

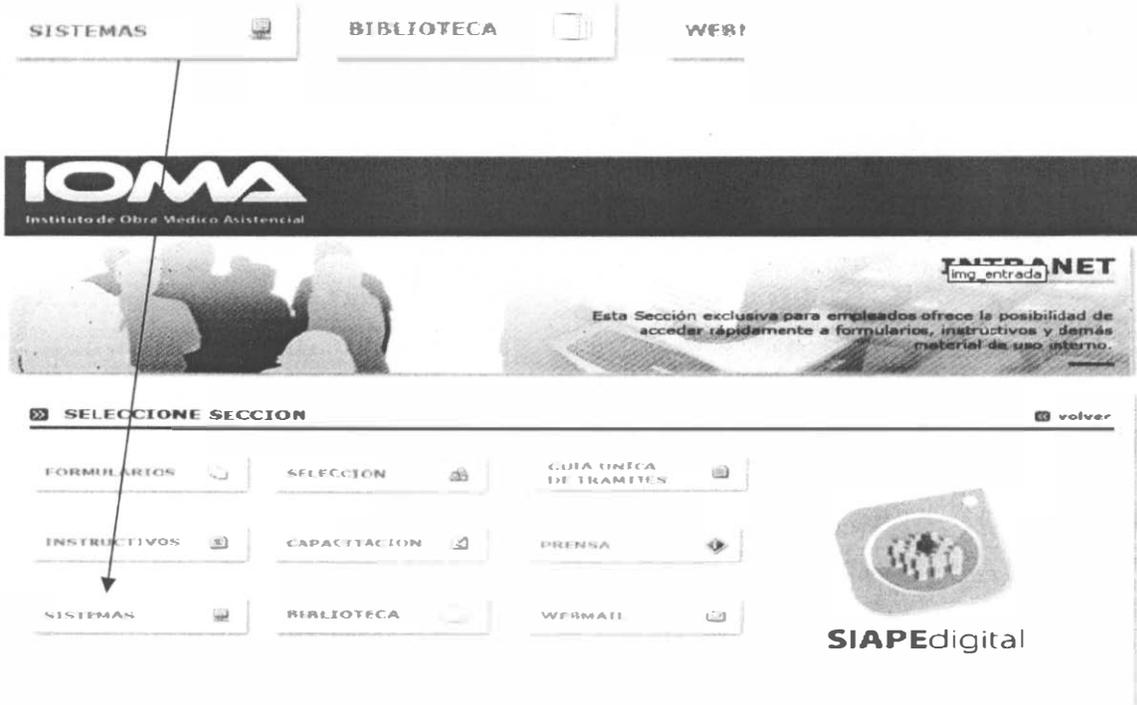
Este sistema permite a través de internet ingresar los trámites de Autorización de Traslado desde la Región y/o Delegación, realizar su auditoria e imprimir el acta de Autorización o Rechazo realizada en Ioma Central.

## 2. Entrada al Sistema

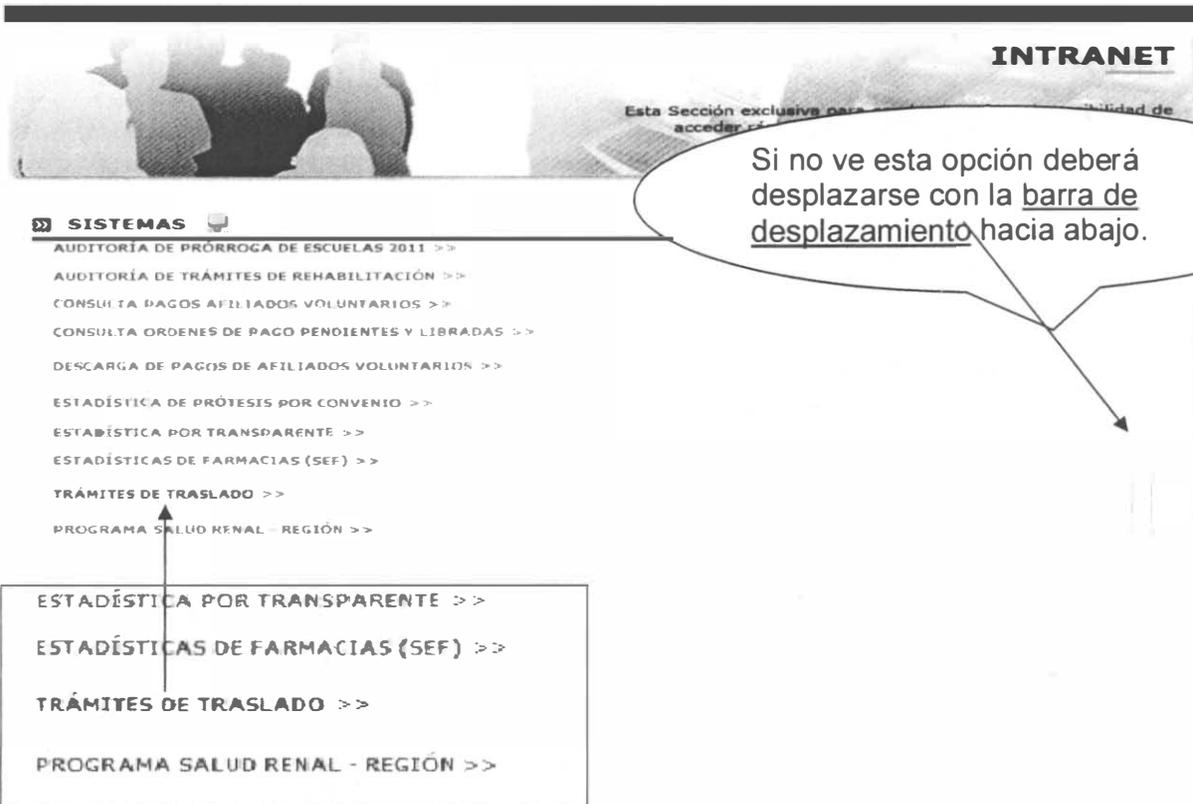
Para acceder al sistema debe ingresar por internet en la página de IOMA:  
<http://www.ioma.gba.gov.ar/>. Luego en Intranet



6938 / 11



Con lo cual accederá a la siguiente página donde deberá hacer clic con el mouse en Trámites de Traslado.



*Handwritten signature or initials.*

Al ingresar en esta opción le aparecerá la siguiente pantalla solicitando el ingreso del usuario y su contraseña correspondiente.



**Buenos Aires**  
LA PROVINCIA

**Ingreso a Autorización de Trámites de Traslado**  
Introduzca sus códigos personales para registrar sus datos

Nombre de usuario:   
Contraseña:

**Ingresar**

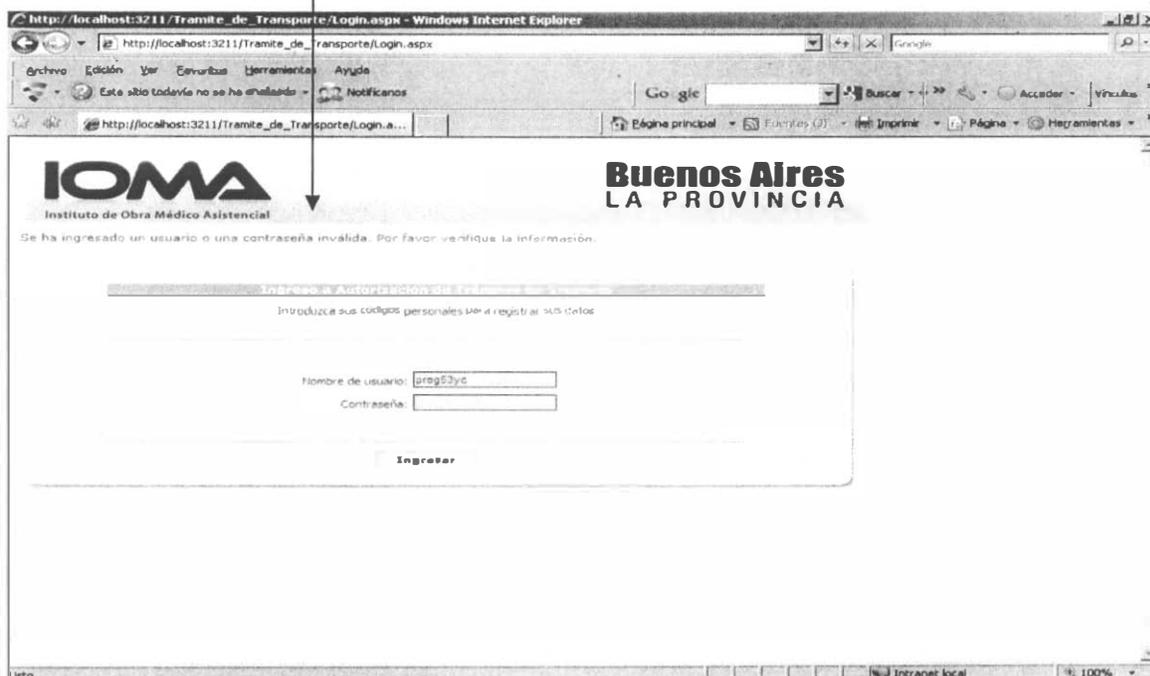
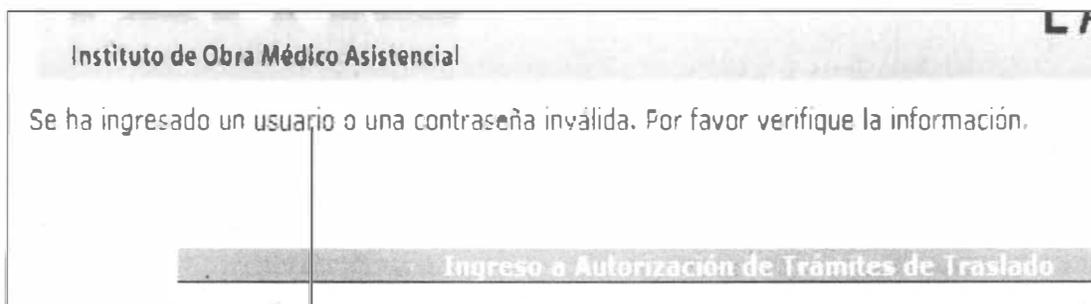
Nombre de usuario:   
Contraseña:

**Ingresar**

Si los datos de la contraseña o el usuario ingresados no son correctos aparecerá el mensaje "Se ha ingresado un usuario o una contraseña invalida. Por favor verifique la información" en la siguiente pantalla:

*Handwritten signature*

6938 / 11

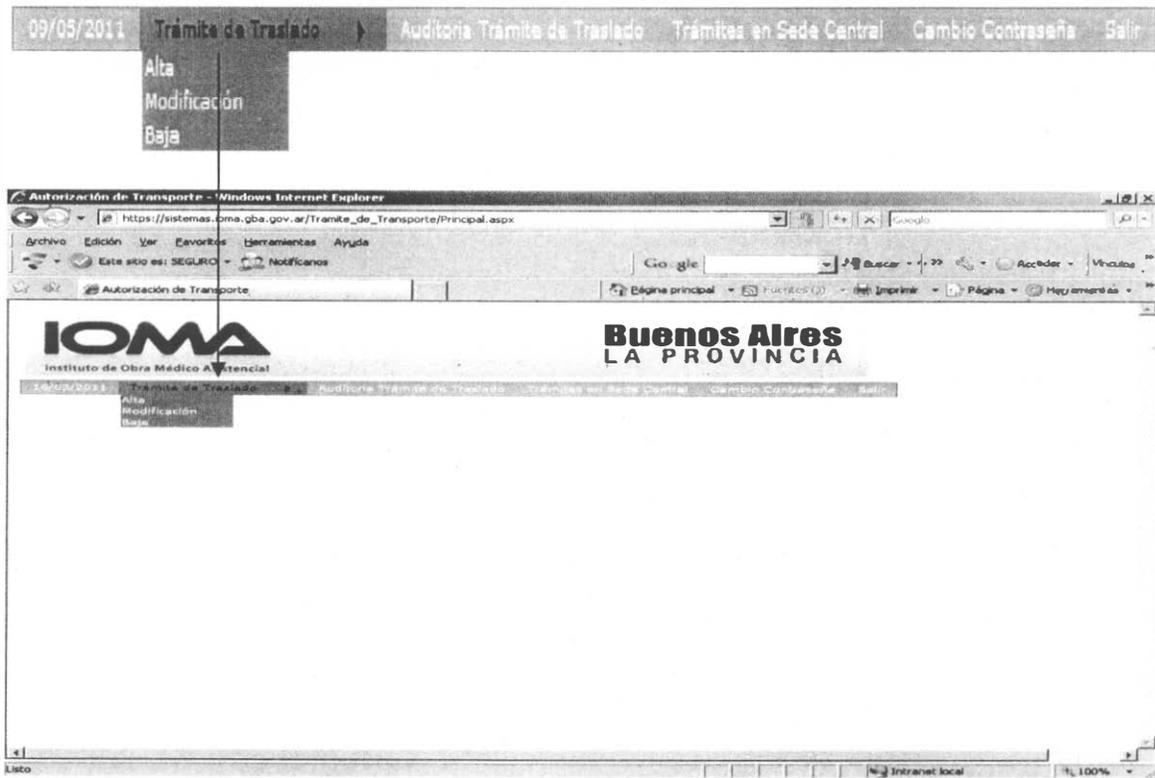


Si el usuario no se encuentra autorizado para poder utilizar la aplicación, deberá mandar una nota con el apellido y nombre del agente, su login y el nombre de la Aplicación que es: **WEB\_AUTORIZACION\_TRANSPORTE** al Departamento Soporte Técnico correspondiente a la Dirección de Sistemas de Información y Estadística.

### 3. Menu Principal

Si los datos ingresados son correctos el Sistema permite el ingreso al Menú Principal con las siguientes opciones: Trámite de Traslado, Auditoria Trámite de Traslado, Trámites en Sede Central, Cambio Contraseña y Salir.

A handwritten signature or set of initials in black ink, located in the bottom left corner of the page.



### 3.1 Trámites de Traslado

#### 3.1.1 Alta

Para realizar el Alta de un Trámite, el Sistema solicita los datos que presenta la actual planilla de Autorización de Transporte, que es completada por las distintas regiones para la presentación del trámite ante Central. Al hacer clic con el mouse en el botón Grabar si los datos obligatorios del trámite están completos se grabará para luego ser auditado en región sino los datos que son obligatorios aparecerán marcados por un asterisco en color rojo y no permitirá continuar hasta estar debidamente completos y Central auditará de acuerdo a los datos cargados.

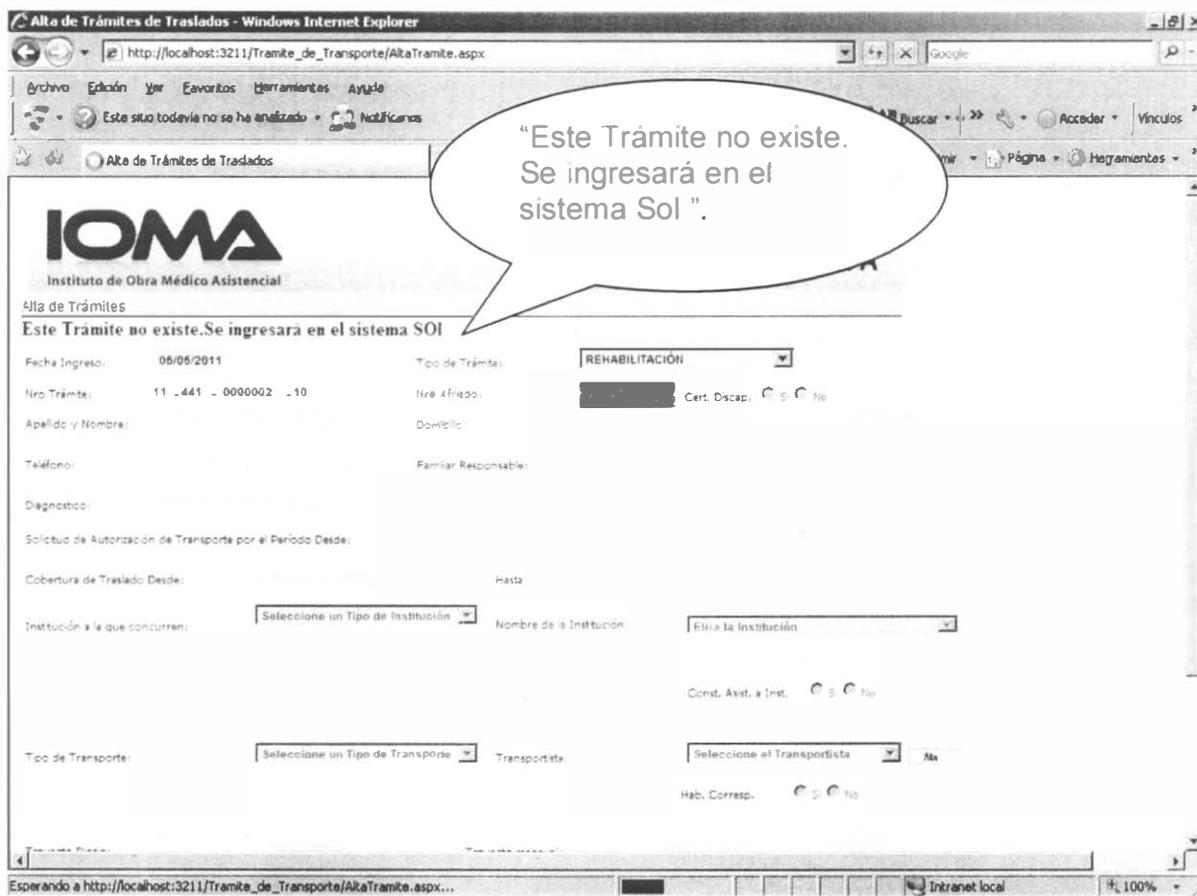
Los datos a ingresar en esta pantalla son los siguientes:

- Fecha de Ingreso: Esta es la fecha actual del Sistema, no puede ser mayor, ni menor a la actual. Este dato es ingresado en forma automática por el Sistema.

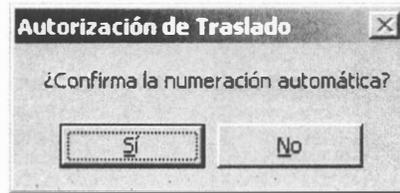
- Tipo de Trámite: Por pantalla se muestra un combo que permite visualizar una lista, de donde se deberá seleccionar alguna de las opciones presentadas. Estas son:
  - 1- Educativo Terapéutico
  - 2- Rehabilitación.
  - 3-Descentralizado
- Número de Trámite: El número de trámite tiene una longitud de 14 posiciones distribuidas de la siguiente manera: las 2 primeras posiciones indican el número de la Región, las tres siguientes indican el número de Partido, las siete siguientes indican el número asignado al trámite y las últimas dos indican el número del Año en que fue iniciado el trámite.

Al ingresar un número de trámite el Sistema valida que éste exista en el Sistema SOL. Puede ocurrir que la Delegación/Región lleven un listado manual con nros de trámites que luego cargan o dan alta en el sistema Sol, o que directamente se acepte el nro automático que genera el Sol.

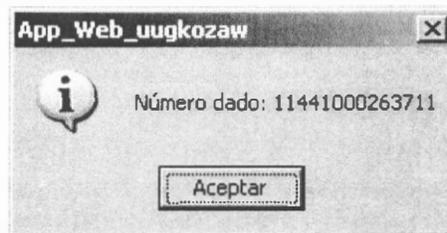
1. Para el primer caso si no fue ingresado en el mismo se despliega en la pantalla el siguiente mensaje “Este Trámite no existe. Se ingresará en el sistema Sol”.



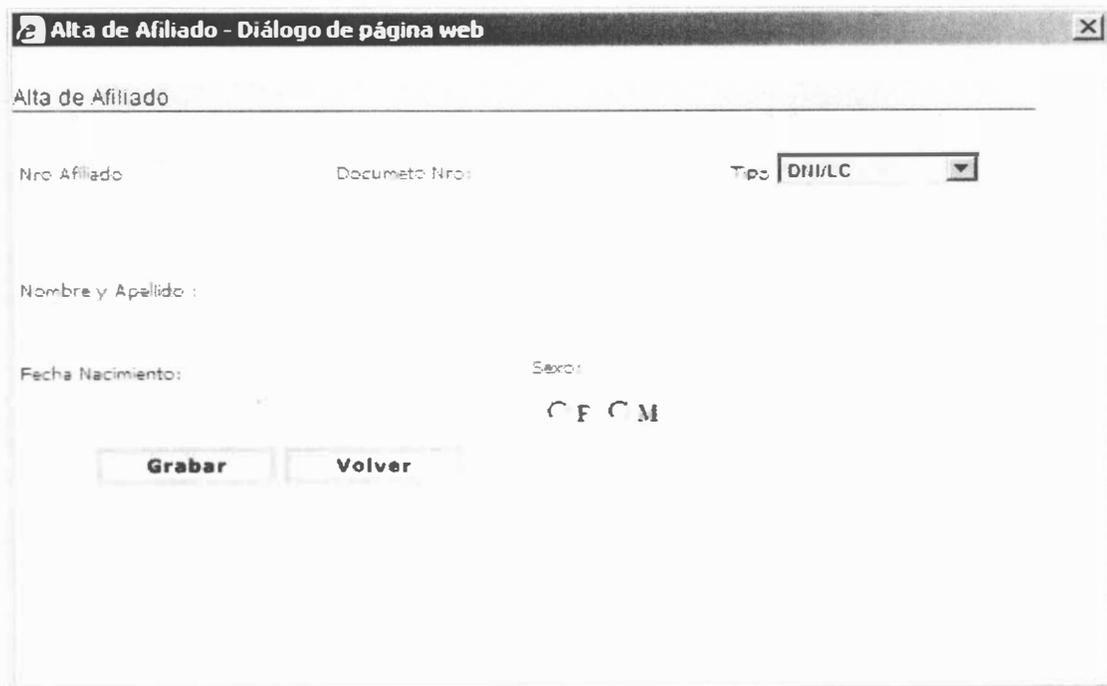
Luego aparecerá la siguiente pantalla donde debe elegir entre generar el nro del Sol automáticamente (presionar el Botón "Si") o grabar el trámite con el nro ingresado.



Si genera el número del trámite automáticamente el sistema despliega la siguiente pantalla mostrando el número que se le otorgo al trámite en el SOL.



El cursor se traslada al campo Nro. Afiliado para ingresar el mismo. Si el afiliado existe se completan Apellido y Nombre, sino el sistema muestra la siguiente pantalla para darle el alta. Todos los Datos son obligatorios.

A screenshot of a web form titled "Alta de Afiliado - Diálogo de página web". The form has the following fields: "Nro. Afiliado", "Documento Nro.", "Tipo" (a dropdown menu with "DNI/LC" selected), "Nombre y Apellido:", "Fecha Nacimiento:", and "Sexo:" (with options "CF" and "CM"). At the bottom, there are two buttons: "Grabar" and "Volver".

*CFM*

Al ingresar el Nro de Documento se busca el afiliado, si se encuentra se muestra la siguiente grilla para elegir el que corresponda haciendo click en el botón Seleccionar con lo cual se completa Nro de Afiliado, Nombre y Apellido, Fecha de Nacimiento y Sexo de no estar ingresados estos datos el usuario debe completarlos debidamente. Luego hacer click en el botón Grabar para registrar los datos ingresados y cerrar la ventana actualizando Apellido y Nombre en la pantalla anterior.

Alta de Afiliado

Nro. Afiliado: A08349289040    Documento Nro.: 22765387    Tipo: DNI/LC

	Nro. Afiliado	Apellido Y Nombre	Fecha Nacimiento
Seleccionar	A08349289040	LAFALCE PABLO	31/08/1972 12:00:00 a.m.

Nombre y Apellido :  
LAFALCE PABLO

Fecha Nacimiento: 31/08/1972 |      Sexo: C E C M

De no aparecer la grilla anterior, deberá completar Número de Afiliado, Nombre y Apellido, Tipo de documento, Número de documento, Fecha de Nacimiento y Sexo y luego hacer click en el botón Grabar para que el afiliado quede dado de alta.

Luego deberá ingresar el Domicilio y Teléfono con lo cual se dará el alta del trámite en el SOL.

- Si el número del trámite es correcto y existe en el Sistema SOL el sistema completa por pantalla en forma automática los datos del iniciador que son: Número de Afiliado, Apellido y Nombre, Domicilio y Teléfono.

6938 / 11

- **Certificado de Discapacidad:** Luego de ingresar el número de trámite se busca el afiliado en un padrón de Discapacidad, si se encuentra registrado este campo aparecerá marcado SI en caso contrario deberá ser completado.
- **Familiar Responsable:** Este dato deberá ser completado con el nombre del familiar o de la persona responsable del afiliado. Este dato es obligatorio.
- **Diagnostico:** En este campo se deberá introducir el diagnóstico que figura en la orden médica del trámite. El dato es obligatorio
- **Periodo Desde:** Es la solicitud de autorización de Transporte a partir de una fecha determinada. Este dato no es obligatorio. Ejemplo de ingreso del dato Fecha: 10/10/2010.
- **Cobertura de Traslado desde:** A este dato el Sistema lo completa con el domicilio del afiliado, si se desea se puede modificar borrándolo e introduciendo un nuevo dato, el mismo es obligatorio.
- **Cobertura de Traslado hasta:** En este campo se deberá introducir el domicilio o el nombre de la Entidad a la que se trasladará al afiliado. Dato obligatorio.
- **Institución a la que concurre:** Por pantalla se muestra un combo que permite visualizar una lista, debiendo seleccionar una con el Mouse por Ejemplo Centro de Día. El dato es obligatorio.
- **Nombre de la Institución:** Aquí se muestra un combo que despliega por pantalla una lista con las distintas Instituciones. Si la institución o el nombre del prestador no existiera se deberá informar a I.O.M.A. Central ya que sólo serán actualizadas por su personal. El dato es obligatorio.
- **Constancia de Asistencia a la Institución:** Este dato presenta dos opciones SI –NO seleccione con el Mouse el correspondiente botón según la documentación presentada. Dato Obligatorio.
- **Tipo de Transporte:** En esta parte de la pantalla un combo permite visualizar los tipos de transporte habilitados para transportar al afiliado,

- Km. excedentes para Inst con Transporte: el sistema calcula y muestra la cantidad de km excedentes en el caso de que la institución tenga transporte.
- Valor del KM: Se deberá ingresar el valor presupuestado.
- Según Resol. Nro: Se debe ingresar el número de Resolución/Año.
- Valor Presupuestado: Se debe ingresar el monto presentado por el afiliado en la región.

Una vez finalizada la carga de los datos, se deberá clicar en el botón "GRABAR" que permite la grabación de un alta del trámite de traslado. Si se sale de la pantalla sin haber clicado el botón grabar se perderán todos los datos introducidos.

El botón "VOLVER" posibilita la salida de la pantalla actual y lo remite a la pantalla Menú Principal del Sistema.

### 3.1.2 Baja

6938 / 11

*Handwritten signature*

Permite eliminar trámites que no fueron auditados por Central. En la pantalla se debe ingresar el nro de trámite, luego se mostrarán los datos correspondientes al mismo y al hacer clic con el mouse en el botón Grabar se eliminará por completo. Una vez que el trámite llega a Central no se podrá modificar.

### 3.1.3 Modificación

Permite modificar los trámites que están pendientes para auditar en la Región. Los datos que se pueden modificar son los siguientes: Diagnostico, Familiar Responsable, Solicitud de Autorización de Transporte por el Período Desde, Cobertura de Traslado Desde, Hasta, Institución a la que concurren, Nombre de la Institución, Tipo de Transporte, Transportista, Trayecto Diario, Trayecto mensual, Valor del Km, Según Resol. Nro y Valor Presupuestado.

## 3.2 Auditoría Región Trámite de Traslado

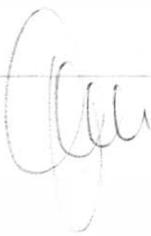
Cuando se ingresa a esta pantalla se muestra una grilla (Fig.1) que contiene todos los trámites que fueron grabados en la región, ordenados por Fecha de Ingreso. En dicha grilla se pueden ver las siguientes columnas: Fecha Ingreso, Nro Trámite (Número del trámite), Afiliado (Apellido y Nombre del afiliado) y Consulta.

Para poder auditar un trámite se debe hacer clic con el Mouse en la columna "CONSULTA".

Una vez seleccionado un trámite de la grilla, el Sistema carga y muestra en forma automática todos los datos del afiliado (tal cual se encuentran asentados en la planilla Autorización de Transporte) que fueron cargados con anterioridad, habilitando de esta manera el Informe de Auditor Regional a ser completados por el médico auditor, el Auditor y la Fecha de Auditoria (Fig.2), serán registrados automáticamente por el Sistema una vez grabada la auditoria.

Una vez finalizada la carga del Informe de Auditoria, se deberá cliquear con el mouse el botón "GRABAR" que permite la grabación de un trámite auditado Si sale de la pantalla sin haber cliqueado en dicho botón se perderá el informe introducido por el auditor.

El botón "VOLVER" posibilita la salida de la pantalla actual y lo remite a la pantalla Menú Principal del Sistema.



6938 / 11

Fig. 1

Listado de Trámites para Auditar

Fecha Ingreso	Nro. Trámite	Afiliado	
09/01/2011	00-000-0177230-10	CHIARIZIA FERNANDO ENRIQUE	<a href="#">Consulta</a>
Informe de Auditor Regional			
Auditor	Carrutero Yanina	Fecha Auditoría	05/05/2011
<b>Grabar</b>		<b>Volver</b>	

*Handwritten signature*



6938 / 11

**IOMA**  
Instituto de Obra Médico Asistencial

**Buenos Aires**  
LA PROVINCIA

Listado de Trámites para Auditar

Fecha Ingreso	Nro. Trámite	Afiliado	
05/01/2011 Informe de Auditor Regional	00-000-0177230-10	CHIARIZZA FERNANDO ENRIQUE	<a href="#">Consulta</a>

Auditor: Carrubero Yanina      Fecha Auditoría: 17/03/2011

**Grabar**      **Volver**

Listo      Intranet local      100%

Fig.2

6938 / 11

Fecha Ingreso:	05/01/2011	Tipo de Trámite:	REHABILITACION
Nro Trámite:	00_000_0177230_10	Nro Afiliado:	120012401700 Cert. Discap. <input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> No
Apellido y Nombre:	CHIARIZIA FERNANDO ENRIQUE	Domicilio:	71 N°380 e/2y3
Teléfono:	4249137	Familiar Responsable:	4212577
Diagnostico:	ESCLEROSIS MULTIPLE		
Informe de Auditor Regional			
Auditor:	Carrutero Yanina	Fecha Auditoria:	00/05/2011
<b>Grabar</b>		<b>Volver</b>	

**Auditoria Región - Windows Internet Explorer**

https://sistemas.ioma.gba.gov.ar/Tramite\_de\_Transporte/AuditoriaTramite.aspx

Este sitio es: SEGURO - Notificanos

**IOMA** Instituto de Obra Médico Asistencial

**Buenos Aires LA PROVINCIA**

Listado de Trámites para Auditar

Fecha Ingreso	Nro. Trámite	Afiliado	Consulta
05/01/2011	00-000-0177230-10	CHIARIZIA FERNANDO ENRIQUE	<a href="#">Consulta</a>

Fecha Ingreso: 05/01/2011 Tipo de Trámite: REHABILITACION

Nro Trámite: 00\_000\_0177230\_10 Nro Afiliado: 120012401700 Cert. Discap.  S  No

Apellido y Nombre: CHIARIZIA FERNANDO ENRIQUE Domicilio: 71 N°380 e/2y3

Teléfono: 4249137 Familiar Responsable: 4212577

Diagnostico: ESCLEROSIS MULTIPLE

Informe de Auditor Regional

Auditor: Carrutero Yanina Fecha Auditoria: 00/05/2011

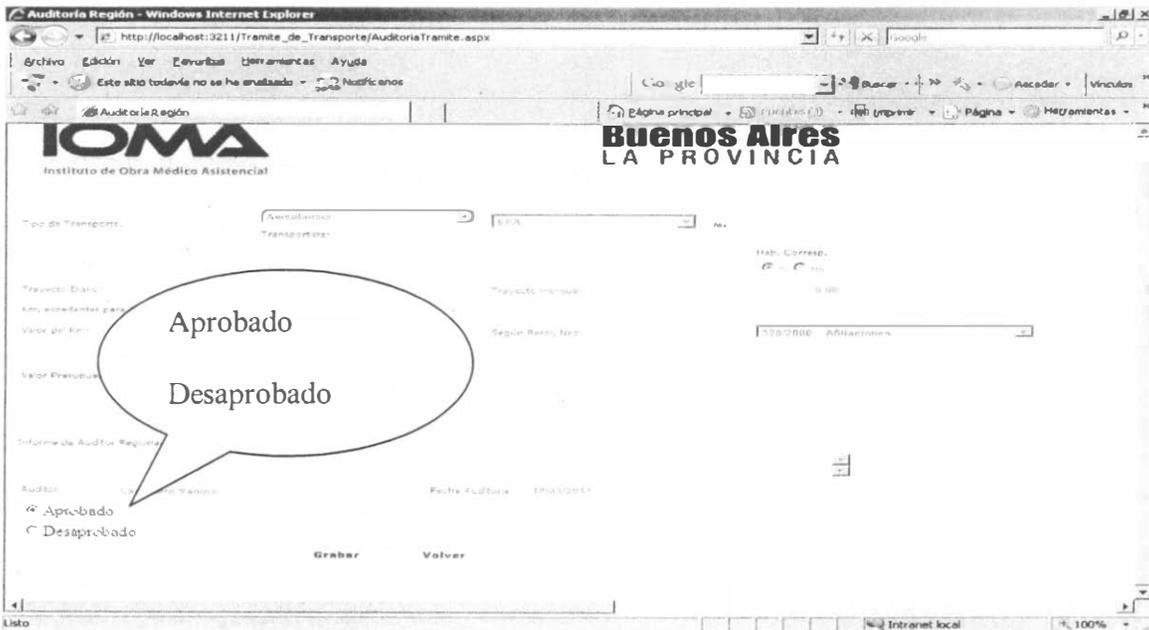
**Grabar** **Volver**

Intranet local 100%

*Handwritten signature/initials*

6938 / 11

Para los trámites descentralizados al hacer la auditoria aparecerá un cuadro de opciones para aprobar o no dicho trámite desde la región.



### 3.3 Trámites en Sede Central

Al ingresar en esta opción el sistema mostrará una grilla con los trámites auditados en I.O.M.A. Central, donde se verá la Fecha de Ingreso del trámite, Número del Trámite, Apellido y Nombre del Afiliado, Estado que puede ser aprobado o desaprobado, Imprimir y Extracto del Sol

Listado de Trámites en Sede Central

Fecha Ingreso	Nro. Trámite	Afiliado	Estado	Extracto Sol
08/01/2011	00-000-0477130-10	CHIARISSIA FERNANDO ENRIQUE	APROBADO	IMPRESO PASA A REG. CODIN ACTA-EPRA a partir del 02/01/2011 hasta 29/06/2011 y por el término de 6 meses con 9 traslados mensuales. Cobertura en PESOS OCHO CIENTOS DIEZ (\$ 810.00) mensuales. Monto total autorizado PESOS CUATRO MIL OCHO CIENTOS SESENTA (\$ 4.660.00)
29/03/2011	11-441-0100127-11	GONZALEZ SEBASTIAN LUIS	APROBADO	IMPRESO COUPE LTDA a partir del 01/02/2011 hasta 31/07/2011 y por el término de 6 meses con 12 traslados mensuales. Cobertura en PESOS QUINIENTOS TREINTA Y UN con CUATRO MIL CUATROCIENTOS (\$ 531.44 mensuales. Monto total autorizado PESOS TRES MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO con SEIS MIL CUATROCIENTOS (\$ 3.185.64) COUPE LTDA a partir del 01/01/1900 hasta 01/01/1900 y por el término de 0 meses con Cobertura en PESOS QUINIENTOS TREINTA Y UN con CUATRO MIL CUATROCIENTOS (\$ 531.44 mensuales. Monto total autorizado PESOS TRES MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO con SEIS MIL CUATROCIENTOS (\$ 3.185.64)
30/03/2011	11-441-0100169-11	ALI LUISA AMALIA	APROBADO	IMPRESO AMX SERVICIO DE AMBULANCIA S a partir del 01/02/2011 hasta 21/07/2011 y por el término de 6 meses con 13 traslados mensuales. Cobertura en PESOS MIL SEISCIENTOS NOVENTA (\$ 1.690.00) mensuales. Monto total autorizado PESOS DIEZ MIL CIENTO CUARENTA (\$ 10.140.00)
30/03/2011	11-441-0100122-11	CATALANO HUGO RICARDO	APROBADO	IMPRESO AMBULANCIAS URBANAS a partir del 02/01/2011 hasta 30/06/2011 y por el término de 6 meses con 12 traslados mensuales. Cobertura en PESOS DOS MIL OCHENTA (\$ 2.080.00) mensuales. Monto total autorizado PESOS DOCE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA (\$ 12.480.00)
31/03/2011	11-441-0100160-11	MARTIN GUSTAVO JARNE	APROBADO	IMPRESO EPRA a partir del 01/02/2011 hasta 31/06/2011 y por el término de 6 meses con 22 traslados mensuales. Cobertura en PESOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA (\$ 1.950.00) mensuales. Monto total autorizado PESOS ONCE MIL OCHO CIENTOS OCHENTA (\$ 11.550.00)
31/03/2011	11-441-0100151-11	CHICHI JUAN FRANCISCO	APROBADO	IMPRESO ABRIL a partir del 01/02/2011 hasta 21/07/2011 y por el término de 6 meses con 13 traslados mensuales. Cobertura en PESOS DOS MIL OCHENTA (\$ 2.080.00) mensuales. Monto total autorizado PESOS DOCE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA (\$ 12.480.00)
31/03/2011	11-441-	IGLESIAS	APROBADO	IMPRESO AMBULANCIAS URBANAS a partir del 15/01/2011 hasta 30/06/2011 y por el término de 6 meses con 9 traslados mensuales. Cobertura en PESOS MIL CINCO CIENTOS CUARENTA (\$ 1.440.00) mensuales. Monto total autorizado PESOS MIL CINCO CIENTOS CUARENTA (\$ 1.440.00)

*[Handwritten signature]*

Sistema de Autorización Trámite de Traslado – Manual de usuario

**IOMA**  
Instituto de Obra Médica Asistencial

**Buenos Aires**  
LA PROVINCIA

Listado de Trámites en Sede Central

Fecha Ingreso	Nro. Trámite	Afiliado	Estado	Extracto Sol
09/02/2011	00-000-0177230-10	CHIARISSA FERNANDO ENRIQUE	APROBADO	IMPRESIÓN PASA A REG. CON ACTA -EPA a partir de 02/01/2011 hasta 30/06/2011 y por el término de 6 meses con 9 períodos mensuales. Cobertura en PESOS OCHOCIENTOS DIEZ (\$ 810.00) mensuales. Monto total autorizado PESOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA (\$ 4.660.00)

El sistema permite imprimir dos actas: Acta de autorización y Acta de Rechazo según el trámite fue aprobado o desaprobado por IOMA Central. Para realizar dicha impresión debe hacer clic con el mouse en la columna Imprimir, aparecerá la siguiente pantalla en la cual para realizar una correcta impresión deberá elegir en seleccionar un formato "Archivo PDF De Acrobat" y después con el mouse hacer clic en Exportar, el archivo se exportará al Adobe Reader a través del cual se realizará la impresión.

6938 / 11

Impresión del Acta de Autorización - Diálogo de página web

1 de 1 100% Buscar | Siguiente

Seleccionar un formato Exportar

**IOMA**  
Instituto de Obra Médico Asistencial

**Buenos Aires**  
LA PLATA

**ACTA DE AUTORIZACION**

TRAMITE NRO	
00-000-0177230/10	
AFILIADO	CHIARIZIA FE
CARIET	12001240176

La Plata,  
Marzo de  
2011

Impresión del Acta de Autorización - Diálogo de página web

1 de 1 100% Buscar | Siguiente

Seleccionar un formato Exportar

Seleccionar un formato  
Excel  
Archivo PDF de Acrobat

**IOMA**  
Instituto de Obra Médico Asistencial

**Buenos Aires**  
LA PLATA

**ACTA DE AUTORIZACION**

TRAMITE NRO	
00-000-0177230/10	
AFILIADO	CHIARIZIA FE
CARIET	12001240176

La Plata,  
Marzo de  
2011

*Handwritten signature*

6938 / 11

Impresión del Acta de Autorización - Diálogo de página web

de 1 100% Buscar | Siguiente

Archivo PDF de Acrobat Exportar

**IOMA** Instituto de Obra Médico Asistencial

**Buenos Aires LA PROV**

**ACTA DE AUTORIZACION**

TRAMITE NRO	00-000-0177230/10
AFFILIADO	CHIARIZIA FE
CARNET	12001240170

La Plata,  
Marzo de  
2011

Adobe Reader - [RptActa[2].pdf]

Archivo Edición Ver Documento Herramientas Ventana Ayuda

**IOMA** Instituto de Obra Médico Asistencial

**Buenos Aires LA PROVINCIA**

**ACTA DE AUTORIZACION**

TRAMITE NRO	00-000-0177230/10
AFFILIADO	CHIARIZIA FE
CARNET	12001240170

La Plata, MARZO de 2011

Señor  
EPA

Trámite agrado se entrega a Ud. en su poder de Declaración efectiva en comunicarse que este IOMA se para cargo de el 2011 que durante la prestación de TRANSPORTE. A cargo del 03/01/2011 hasta 30/06/2011 y con el fin de el mismo con los datos mencionados de acuerdo Resolución No. 320/2006, 49a Círculo.

Por lo expuesto, se debe a el autor de la factura de una cantidad en PESOS OCHO-CIENTOS DIEZ (\$ 810.00) menos se el Monto total autorizado PESOS CUATRO MIL DICHOCIENTOS SESENTA (\$ 4.960.00) por la prestación mencionada en ANSULANCA.

La factura de ese servicio deberá ser acompañada a el Afiliado a el Acta original, constancia Remita por el Afiliado donde conste el nombre de el Afiliado y para el de el servicio de que se trata el trámite por el Afiliado y profesional.

**OBSERVACIONES:** A VALORES INCLUIDOS EN RESOLUCION URGENTE.

SELLO I.O.M.A. FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR

210 x 297 mm 1 de 1

*Handwritten signature*

6938 / 11

### 3.4 Cambio Contraseña

Al hacer click en esta opción aparecerá la siguiente pantalla para realizar el cambio de su contraseña.

Cambio de Contraseña - Windows Internet Explorer

http://boa@post:3211/Trámite\_de\_Transporte/CambioContrase%C3%BAa.aspx

Google

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Este sitio todavía no se ha analizado Notificaciones

Go.gie

Buscar

Acceder

Vinculos

Cambio de Contraseña

Página principal Fuentes Imprimir Página Herramientas

**IOMA**  
Instituto de Obra Médico Asistencial

**Buenos Aires**  
LA PROVINCIA

Introduzca su nueva contraseña para registrarla

Contraseña Anterior:

Contraseña Nueva:

Vuelva a escribir la Contraseña Nueva:

Grabar Cancelar

listo

Internet local 100%

Contraseña anterior : es su contraseña actual.

Contraseña nueva :es la que desea tener.

Y por ultimo deberá volver a escribir su contraseña nueva.

Para que se relice el cambio deberá hacer click en el botón Grabar y el sistema le pedira su ingreso nuevamente con su contraseña nueva con lo cual queda verificado que su contraseña quedo modificada.

### 3.5 Salir

Esta opción vuelve a la pantalla de ingreso de usuario y contraseña.

6938 / 11

**VALORES DE TRANSPORTE**

**1. TRASLADO EN AMBULANCIA**

**EN CIUDAD AUTÓNOMA (TANTO ORIGEN COMO DESTINO)**

DISTANCIA	SIN MÉDICO	CON MÉDICO	UTIM	NEONATAL
Hasta 25 kms.	\$ 144	\$ 258	\$ 417	\$ 637
De 26 hasta 35 kms.	\$ 168	\$ 294	\$ 432	\$ 678
De 36 hasta 45 kms.	\$ 204	\$ 324	\$ 492	\$ 774
De 45 hasta 60 kms.	\$ 237	\$ 360	\$ 534	\$ 828

Km. adicional	\$ 5,22	\$ 8,64	\$ 9,54	\$ 11,76
Hora de espera	\$ 43	\$ 67	\$ 132	\$ 185

Los valores detallados son por tramo, toda vez que el paciente deba ser retornado se facturará el 100%. Cuando el tramo supere los 60 km. Se considerará el 100% de los Km. realizados. Se computará los kilómetros recorridos con el paciente a bordo. Todo traslado supone una espera máxima de dos horas. Superada la cual, se adicionaran de forma no fraccionable los montos por hora de espera descriptos.

**EN INTERIOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

DISTANCIA	SIN MÉDICO	CON MÉDICO	UTIM	NEONATAL
Hasta 25 kms.	\$ 192	\$ 306	\$ 480	\$ 810
De 26 hasta 50 kms.	\$ 273	\$ 368	\$ 588	\$ 1.104

Km. adicional	\$ 5,22	\$ 8,64	\$ 9,54	\$ 11,76
Hora de espera	\$ 43	\$ 67	\$ 132	\$ 185

Cuando el tramo supere los 50 km. se considerará el 100% de los km. realizados.

6938 / 11

Se computará los kilómetros recorridos con el paciente a bordo.

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

### TRASLADOS DE LARGA DISTANCIA

Se considera la totalidad de los km. recorridos para efectuar el servicio solicitado.

Hasta 90 km.	\$ 512	\$ 750	\$ 811	\$ 1.538
Km. adicional	\$ 5, 22	\$ 8,64	\$ 9, 54	\$11,76
Hora Adicional	\$ 43	\$ 67	\$ 132	\$ 185

Cuando el tramo supere los 90 km. se considerará el 100% de los km. realizados

### VALORES VIGENTES DESDE EL 1 DE MAYO DEL 2011

#### 2. OTRAS CATEGORÍAS DE TRASLADOS

- a. Transportes para Discapacitados en Combis y transportes colectivos de hasta 20 pasajeros.  
Para recorridos de hasta 6 km. totales diarios (ida y vuelta)..... \$ 225/mes
- b. Transportes para Discapacitados en Combis y transportes Colectivos de hasta 20 pasajeros.  
Para recorridos mayores de 6 km. Diarios .....\$ 1,75/km.
- c. Transportes para Discapacitados para sillas de ruedas ..... \$ 3,85/km.
- d. Automóvil con habilitación para traslado de pasajeros ..... \$ 3,10/km.
- e. Unidad de Traslado para pacientes ambulatorios sin riesgo de vida (hasta dos pasajeros a bordo) Para recorridos hasta 50 Km. (25 Km. de ida y 25 Km. de vuelta) ..... \$ 140/día  
Km. Adicional ..... \$ 2,80
- f. Unidad de Traslado para pacientes ambulatorios sin riesgo de vida (de tres a nueve pasajeros a bordo) Para recorridos hasta 50 Km. (25 Km. de ida y 25 Km. de vuelta) ..... \$ 90/día  
Km. Adicional ..... \$ 1,80

**Todos los importes mencionados corresponden al valor por afiliado a bordo.**

6938 / 11