

LA PLATA, 17 SEP 2012

VISTO el expediente N° 2914-15219/12, iniciado por DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS, caratulado: "PROYECTO DE RESOLUCION REFERENTE A LA REGLAMENTACION DE LAS PRESTACIONES DE LA ACTIVIDAD ASISTENTE DOMICILIARIO PARA PACIENTES CON DISCAPCIDAD", y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones la Dirección de Programas Específicos, plantea la necesidad de contar con la prestación de Asistente Domiciliario para pacientes con discapacidad, dirigida a beneficiarios de cualquier edad en situación de dependencia de terceros para la ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades de Inserción Social (AIS), y que además presenten un entorno familiar sin capacidad de sostenimiento pleno de la asistencia necesaria;

Que el Área propiciante informa que estas situaciones obligan a establecer medidas que permitan atenuar el progreso de la discapacidad, evitar una institucionalización precoz, eludir la alternativa de reinternaciones y mejorar la atención del beneficiario dependiente en su entorno, su contexto cultural, social y sanitario donde habita junto a su familia o vínculos cercanos. Asimismo manifiesta que la evolución de los tratamientos de la dependencia crónica que anteriormente se realizaban en Instituciones Hospitalarias, hoy en día se han trasladado a los hogares, brindando protagonismo tanto al paciente como a su familia con excelentes resultados;

Que las nuevas necesidades de asistencia de baja intensidad en Actividades Básicas de la Vida y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y



4759 / 12

Comunitaria motivan un inadecuado aumento de las solicitudes de Internación Domiciliaria, de Enfermería y de Acompañante Terapéutico, que pueden considerarse una situación imperfecta por la baja complejidad de las tareas requeridas, como sobreprestación de servicios;

Que el Asistente Domiciliario es un profesional capacitado específicamente en el abordaje de las problemáticas de la Dependencia-Autonomía en el ámbito de las actividades básicas por lo que además de atender la condición sanitaria limitante colabora con el mejoramiento del autovalimiento, en la instalación de rutinas relacionadas con la funcionalidad básica y en las actividades de recuperación de la sociabilidad. Por último, la Dirección de Programas Específicos destaca que estas acciones tendrán como objetivo a todas aquellas personas que presenten un déficit de funcionamiento originado en una situación de discapacidad, y que requieran asistencia de terceros para realizar tareas de la vida diaria y que acrediten incapacidad familiar para su plena contención, entendiéndose la intervención del Asistente Domiciliario siempre como complemento de los cuidados dispensados por el grupo familiar o de pertenencia, a los que el Asistente debe integrarse y en ningún caso suplantarlos;

Que a fojas 3/15, se adjunta Proyecto del Programa "Asistente Domiciliario para Pacientes con Discapacidad", que comprende 7 Anexos: Anexo 1 - Objetivos; Anexo 2 - Perfil Prestacional; Anexo 3 - Módulos Prestacionales; Anexo 4 - Requisitos para la solicitud de cobertura; Anexo 5 - Circuito del trámite para solicitud de autorización; Anexo 6 - Normas de Facturación; Anexo 7 - Ejemplares de Planillas;

Que a fojas 19, la Dirección General de Administración informa que teniendo en cuenta la gestión iniciada por la Dirección de Programas Específicos, donde el estudio económico realizado genera una disminución del gasto, con la creación de una nueva categoría denominada Asistente Domiciliario, no tiene objeciones que formular al respecto, considerando dar curso favorable a la propuesta;

4759 / 12

Que a fojas 20, la Dirección de Relaciones Jurídicas considera que podría el Honorable Directorio someter a consideración el Proyecto, encomendando a las áreas competentes, en caso de compartir el criterio, la elaboración de la respectiva reglamentación;

Que el Departamento de Coordinación deja constancia que el Honorable Directorio en su reunión de fecha 30 de agosto de 2012, según consta en Acta N° 35, RESOLVIÓ: 1) Aprobar el Programa "Asistente Domiciliario para Pacientes con Discapacidad" y sus Anexos 1 a 7, para beneficiarios con discapacidad de cualquier edad, en situación de dependencia de terceros para la ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades de Inserción Social (AIS), y que además presenten un entorno familiar sin capacidad de sostenimiento pleno de la asistencia necesaria. El Programa y sus Anexos formarán parte del acto administrativo a dictarse como Anexo Único. 2) Encomendar a la Dirección General de Prestaciones la elaboración del Proyecto de Registro de Prestadores de Asistente Domiciliario para Pacientes con Discapacidad.

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

Por ello,

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

RESUELVE



ARTICULO 1º. Aprobar el Programa "Asistente Domiciliario para Pacientes con Discapacidad" y sus Anexos 1 a 7, para beneficiarios con discapacidad de cualquier edad, en situación de dependencia de terceros para la ejecución de las Actividades

4759 / 12

Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades de Inserción Social (AIS), y que además presenten un entorno familiar sin capacidad de sostenimiento pleno de la asistencia necesaria. El Programa y sus Anexos formarán parte de la presente Resolución como Anexo Único, ello en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTICULO 2º. Encomendar a la Dirección General de Prestaciones la elaboración del Proyecto de Registro de Prestadores de Asistente Domiciliario para Pacientes con Discapacidad.

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

RESOLUCION Nº

4759 / 12



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Antonio La Scaleia".

DR. ANTONIO LA SCALEIA
Presidente
I.O.M.A.

ANEXO 1

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Brindar un marco regulatorio que permita la cobertura de las actividades del Asistente Domiciliario, (A.D.), el cual está capacitado en el abordaje de las problemáticas de la Dependencia-Autonomía de los beneficiarios de **cualquier edad** que cursen una situación permanente o transitoria de limitación de su autovalimiento para la ejecución de las actividades de la vida diaria, instrumentales y de sociabilidad que requieran la asistencia de terceros para la realización de estas en su hábitat. Se jerarquiza así la atención familiar de las personas dependientes sin límite de edad, con discapacidades, y de aquellos que cursan situaciones invalidantes transitorias, crónicas o terminales, evitando el desarraigo familiar o comunitario y la prestación de servicios inadecuados e innecesarios.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- » Desarrollar una estrategia de atención que permita al beneficiario de bajo riesgo en situación de dependencia acceder oportunamente a una atención adecuada en su hábitat, articulada interdisciplinariamente y orientada a satisfacer sus necesidades básicas de la vida y fortalecer su autonomía remanente.
- » Disminuir el riesgo de institucionalización en aquellos beneficiarios que cursen una situación de limitación de su autovalimiento, fortaleciendo la capacidad de contención de su grupo familiar con la incorporación de un Asistente Domiciliario.
- Ofrecer con la intervención del Asistente Domiciliario un efectivo mecanismo de alivio y consecuentemente de fortalecimiento de los vínculos familiares con respecto a la situación de dependencia de alguno de los miembros.
- Procurar una fluida relación del beneficiario y su grupo familiar con el Equipo Profesional que conduce el tratamiento, así como apoyo para el acceso y

cumplimiento de las actividades terapéuticas evitando el agravamiento de su patología.

- Sostener las actividades de reinserción social en la familia extendida, amigos, compañeros, vecinos y la relación con el acontecer comunitario.
- Favorecer un reordenamiento de las prestaciones ofrecidas para este segmento poblacional el que redundara en una disminución del gasto económico y en una actualización de las prestaciones en sintonía con los últimos avances científicos.

4759 / 12

ANEXO 2

PERFIL PRESTACIONAL

CAPITULO 1

La actividad del Asistente Domiciliario:

- Comprende el desarrollo de las tareas de apoyo, supervisión y asistencia de las actividades básicas de la vida diaria, de las instrumentales y de inserción social, indicadas específicamente por el profesional tratante, en el domicilio del beneficiario o ambiente determinado.
- De acuerdo a la indicación del profesional tratante el Asistente Domiciliario diseñará un esquema de las actividades a desarrollar en su estadía y su rol en ellas, **Plan de Asistencia Domiciliaria (P.A.D.)**, que será consensuado con la persona dependiente y con su familia y presentado a la Auditoria para su aprobación. El Asistente Domiciliario no realiza tareas específicas de Enfermería ni de Servicio Domestico.
- Las actividades de un Asistente Domiciliario con un paciente no podrán superar las 12 hs diarias, fraccionadas o consecutivas. En caso de que la prestación necesaria sea mayor a las doce horas se deberá requerir la autorización en el Plan de Asistencia domiciliaria de la intervención de otro Asistente, o los necesarios.
- Los límites de la intervención del Asistente Domiciliario están dados por las incumbencias de las otras profesiones sociosanitarias, que convergen en el tratamiento, su capacidad de acción por la formación acreditada oficialmente y su experiencia laboral, las que serán evaluadas oportunamente por la Auditoria del IOMA.

- Las tareas a desarrollar están relacionadas con las áreas de Actividades Básicas de la Vida Diaria (A.B.V.D.), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (A.I.V.D.) y Actividades de Inserción Social (A.I.S.) y con los cuidados vinculados al tratamiento terapéutico especialmente indicadas por el profesional o equipo socio-sanitario interviniente.

Estas tareas son: asistencia en Actividades de la Alimentación, del Vestido, de Autonomía y Socialización, del Aseo, del Baño y Actividades de Desplazamiento.

Se debe tener en cuenta que en cada una de las tareas existen diferentes niveles de intensidad en la atención: Supervisión- preparación - Asistencia parcial (B.G.D.) y Asistencia Máxima o Especial (A.G.D.).

El desarrollo de la actividad deberá ser evaluada semestralmente por profesional u organismo de supervisión.

Como es una prestación continua deberá avisar con 48 hs de anticipación al familiar y/o responsable cualquier cambio en la modalidad de atención.

CAPITULO 2

REQUISITOS A CUMPLIR POR EL ASISTENTE DOMICILIARIO

- Acreditación de capacitación específica en Asistencia Domiciliaria o Cuidados Domiciliarios con Título habilitado por organismo oficial de jurisdicción nacional o provincial, (se debe adjuntar fotocopia de título), que contenga una carga horaria mínima de 270 hs y una distribución teórica-práctica proporcionada.
- Inscripción en AFIP y ARBA y último recibo de pago.
- Poseer N° de C.B.U. de Banco Provincia de Buenos Aires.
- Residir en la localidad de prestación o localidad cercana.
- Contar con los implementos básicos necesarios que garanticen la higiene, la seguridad y la organización adecuada del ámbito laboral (guantes de látex, corsé de protección dorso lumbar, etc.)
- El asistente domiciliario debe efectuar registro rubricado de actividades, novedades, detalle de prácticas y horarios realizados en el domicilio de la prestación diariamente.

4759 / 12

CAPITULO 3

ALCANCE DE LA PRESTACIÓN

- Los beneficiarios que podrán acceder a la prestación de Asistente Domiciliario serán aquellos que presenten una discapacidad certificada que genere un déficit en su autonomía para alcanzar independientemente la ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, las Actividades Instrumentales y las Actividades de Inserción Social y sus familias o grupo de pertenencia no presenten recursos suficientes para su sostenimiento pleno.
- Los criterios de inclusión abarcan a aquellas circunstancias de atención transitorias: postoperatorios, inmovilizaciones terapéuticas, etc., y las siguientes situaciones y patologías entendidas como prolongadas y/o crónicas:

Enfermedades Respiratorias

- EPOC
- Neumonías
- Insuficiencias respiratorias crónicas

Patologías Neurológicas

- ACV
- Enfermedades degenerativas
- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
- Secuelas post-traumáticas medulares
- Parálisis Cerebrales complejas
- Enfermedades Neurometabólicas

Postración Prolongada

- Movilidad reducida
- Incontinencia-Desnutrición
- Iatrogenia hospitalaria y geriátrica.

Enfermedades cardiacas

- Insuficiencias

4759 / 12



Pacientes en periodo Terminal sin prestación de cuidados paliativos

- Neoplasias
- Terminales no neoplásicos
- Trastornos metabólicos
- Secuelas de Diabetes Mellitus
- Secuelas de Trastornos Hidroelectrolíticos

Trastornos cognitivos y demenciales

- Iatrogenia Institucional (hospitalaria y asilar)
- Deterioro cognitivo severo.
- Compromiso mental severo.
- Compromiso sensorial múltiple.

- En todos los casos el grupo familiar debe presentar incapacidad parcial para la contención del dependiente, debiendo compartir un tiempo de la atención diaria con el Asistente Domiciliario, siendo el grupo familiar el último responsable de la ejecución de la asistencia básica en virtud de la asignación de responsabilidades que establece la legislación nacional y provincial al respecto. Esta condición quedará reflejada en el **Plan de Asistencia Domiciliaria, (Anexo 7)** firmado por la familia y el/los Asistente Domiciliario, copia del cual deberá adjuntarse al trámite.

- Una referencia familiar cercana permite, mediante técnicas socioeducativas, disponer del traslado de conocimientos que garantizan un mayor nivel de calidad en la atención familiar y permite fortalecer subjetivamente tanto al beneficiario como al Asistente.

- Se considera que una incapacidad familiar total para la contención del dependiente es un obstáculo para el desarrollo de una adecuada Asistencia Domiciliaria, pudiendo ser causal de ingreso a un servicio de Hogar o Residencia apropiada, situación que será evaluada específicamente por la auditoría del IOMA.

- Las auditorías profesionales de la Dirección Programas Específicos del IOMA: Departamento Discapacidad y Rehabilitación y Departamento Asistentes Sociales, evaluarán la correspondencia de la autorización de la cobertura del servicio de Asistente Domiciliario y el Módulo de cobertura que corresponde, teniendo en cuenta el grado de dependencia verificado en los informes técnicos solicitados y la capacidad de contención familiar que el afiliado presenta según planilla de contención familiar (Planilla 2)

MODULOS PRESTACIONALES

CAPITULO 1

CRITERIOS PARA OTORGAMIENTO DE LOS MÓDULOS DE COBERTURA

1) Limitación en la funcionalidad del paciente en las actividades básicas cotidianas, restricción de autovalimiento en su alimentación, en el vestido, en el uso del baño, en el desplazamiento y/o el aseo.

Las cuales se ponderan de acuerdo a una escala incluida en la planilla de evaluación de funcionalidad, (Planilla 1, Anexo 7) que debe ser completada por profesional interviniente.

Estas se clasifican en:

- **Bajo grado de dependencia (B.G.D.):** Afiliados que requieren supervisión o mínima asistencia de terceras personas en alguna o varias de las actividades básicas cotidianas, cuyo puntaje de autovalimiento corresponda entre diez y quince (según planilla 1 Anexo 7).
- **Alto grado de dependencia (A.G.D.):** Afiliados que requieren máxima asistencia de terceras personas en algunas de las actividades básicas cotidianas, cuyo puntaje de autovalimiento sea menor a diez (según planilla 1 Anexo 7)

2) Limitación en la contención familiar: Será evaluada mediante la información proporcionada por familiar o responsable en Planilla 2 de Anexo 7.

Condición que consta de tres grados:

- **Media:** El grupo familiar puede proveer los cuidados generales diarios necesarios, pero presenta inconvenientes para la asistencia algunos días y/o en cortos periodos horarios y/o en algunas tareas de atención particulares.
- **Baja:** El grupo familiar no tiene conocimientos y/o capacidad física o emocional y/o disponibilidad horaria para ejecutar la mayoría de las tareas relacionadas con el cuidado diario.

► **Crítica:** Contención familiar sin consistencia que requiere intervención profesional para sostenerse e implica un factor de riesgo sociosanitario importante.

4759 / 12

CAPITULO 2

COMPOSICIÓN Y VALORACIÓN DE LOS MÓDULOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

	CONTINENCIA FAMILIAR MEDIA			CONTINENCIA FAMILIAR BAJA	
MODULOS	1	2	3	4	5
CARGA HORARIA	2 HS	4 HS	6 HS	8 HS	12 HS
FUNCIONALIDAD					
B.G.D.	\$ 600	\$ 1.200	\$ 1.600	\$ 1.900	\$ 2.900
A.G.D.	\$ 800	\$ 1.600	\$ 2.100	\$ 2.500	\$ 3.900

CONTINENCIA FAMILIAR CRÍTICA:

Este modulo corresponde a aquellos casos de extrema debilidad o condición crítica en la contención familiar, situación por la que se hace necesaria una mayor cobertura horaria, la autorización no deberá ser un factor de debilitamiento del protagonismo familiar. En estos casos donde el afiliado requiere mas de 12 horas deberá presentar en el mismo trámite la documentación de otro asistente domiciliario para cumplimentar el horario que exceda el módulo 5. A través de ese trámite se emitirán dos órdenes de autorización, una para cada uno de los asistentes intervinientes, para su posterior facturación y cobro.

El valor mensual se calcula en relación a la totalidad de los días del mes en cuestión. A una prestación de menos días le corresponde un valor proporcional.

4759 / 12

ANEXO 4

CAPITULO 1

REQUISITOS PARA SOLICITUD DE COBERTURA

LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN SE DEBE PRESENTAR EN LA DELEGACIÓN O REGIÓN CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO Y DEBE CONTENER LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Fotocopia de DNI del titular y del familiar o responsable a cargo. En este último caso se adjuntara documentación que pruebe el vinculo (cúratela, Poder, etc.)
- Fotocopia de Credencial del Titular y familiar a cargo.
- Fotocopia de último recibo de sueldo o de pago en caso de afiliados voluntarios.

En caso de poseer Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, esta reemplaza la Documentación básica y al Certificado de Discapacidad. Solo deberá anexar Verificación Afiliatoria.

- Planilla 1 Anexo 7 (Solicitud de autorización de la prestación de Asistente Domiciliario),

Donde se incluye: Resumen de Historia Clínica del afiliado, diagnóstico, escala de funcionalidad y período solicitado con firma y sello del profesional a cargo del tratamiento. Datos del cuidador domiciliario.

- Fotocopia de DNI del Asistente Domiciliario.
- Copia de titulo de cuidador domiciliario.
- Planilla 2 Anexo 7: Contención familiar completada por familiar o responsable con firma del asistente y el familiar o responsable.
- Presupuesto detallando días, cantidad de horas diarias y módulo solicitado.
- Copias de certificación de AFIP, ARBA y CBU.

CAPITULO 2

CIRCUITO DE SOLICITUD DE PEDIDO DE COBERTURA

- a) El familiar a cargo del afiliado deberá concurrir a la Delegación o Región que corresponda para retirar las planillas de solicitud Prestacional, Planilla 1, Anexo 7 que deberá ser completada por el profesional tratante, el Asistente Domiciliario y por el familiar responsable, y la planilla 2 del anexo 5 de Contención Familiar que completará el familiar o responsable. (También se puede acceder a estas planillas a través de la página Web de esta obra social)
- b) Una vez que se ha completado esta documentación deberá solicitar al Asistente Domiciliario elegido un presupuesto conformado, copia de DNI, Copia del título habilitante y plan de asistencia domiciliaria. Con toda la documentación anteriormente mencionada deberá concurrir a la Delegación o Región a presentarla para iniciar tramite de solicitud.
- c) Recibida la documentación por empleado de IOMA, certifica la misma y confecciona el trámite correspondiente, el cual será luego evaluado por Auditor Regional. El trámite puede ser aprobado para su envío a Auditoria Central o rechazado por carencias en la documentación presentada o por no corresponder la prestación, las que serán comunicadas por la delegación a los familiares.
- d) Si la documentación está en orden, el auditor de Región emite opinión y posteriormente se envía para el análisis de auditoría en IOMA Central. En caso de aprobación o desaprobación, IOMA Central emite la ORDEN DE PRESTACIÓN (original y dos copias) con el resultado de la auditoría que es enviada directamente a la Región donde se entregara un original y una copia al familiar o responsable, quien asimismo entrega el Original al Asistente Domiciliario para posterior facturación.

Téngase en cuenta que:

- El pedido de cobertura deberá hacerse por medio de un único trámite (por uno o más asistentes domiciliarios de acuerdo a las horas solicitadas).
- La modalidad de cobertura es solo por vía administrativa de Autorización Previa. Si es aprobado el trámite se reconocerá la prestación a partir de la fecha de presentación del trámite o la fecha determinada por la Auditoria Especializada.

- IOMA se reserva el derecho a la autorización o desaprobación de la cobertura prestacional solicitada basándose en la auditoria especializada de la documentación presentada, reservándose el derecho de solicitar al profesional a cargo del pedido o a quien corresponda ampliación en la fundamentación o mayor justificación del pedido de cobertura por medio de la documentación que considere pertinente y además de realizar las auditorias que considere necesarias para garantizar la calidad prestacional.
- En caso de dejar en “**espera de documentación**” la solicitud, por falta de documentación pertinente para evaluar la autorización pedida o por ser necesario ampliar algún dato de los enviados, se avisará por teléfono a la delegación o Región correspondiente y se enviará fax/mail detallando la documentación faltante.

La solicitud queda en espera de recibir la documentación pedida por 30 días desde la fecha en que se avisó a delegación. Aportada la información pendiente debe ser nuevamente auditada, pudiendo ser aprobada, rechazada o dejarla como pendiente nuevamente. En caso de no obtener respuesta, será devuelta a la Delegación de origen para el archivo de las actuaciones durante seis meses.

- En caso de **rechazar** la solicitud por no corresponder ser incluido en la prestación de Asistente Domiciliario se envía el trámite al Sector Autorizaciones de Dirección Programas Específicos a fin de emitir Orden de Prestación con denegatoria por triplicado que será firmada por Director de Programas Específicos como respuesta a la solicitud, remitiendo un original y una copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado.
- En caso de **aprobar** la solicitud el trámite se enviara a Sector Autorizaciones de Dirección Programas Específicos. Se emite Orden de Prestación por triplicado como respuesta a la solicitud, remitiendo el original y una copia a la delegación correspondiente para su posterior entrega al afiliado (quien deberá entregar el original al prestador del servicio a efectos de la posterior presentación de la facturación).
- Se estipulará un máximo de 12 meses de autorización de cobertura del servicio según criterios de auditoria técnica y con posibilidad de ser renovado con debida justificación.
- Si la prestación se suspendiera por algún motivo justificado por alguna de las partes (prestador o afiliado y sus representantes) se deberá presentar una

comunicación escrita de suspensión de la cobertura en la delegación de IOMA correspondiente al domicilio del afiliado, informando motivos y fecha de suspensión, siendo el grupo familiar o el subsidiario el último responsable de la ejecución de la asistencia básica, en virtud de la asignación de responsabilidades que establece la legislación nacional y provincial al respecto.

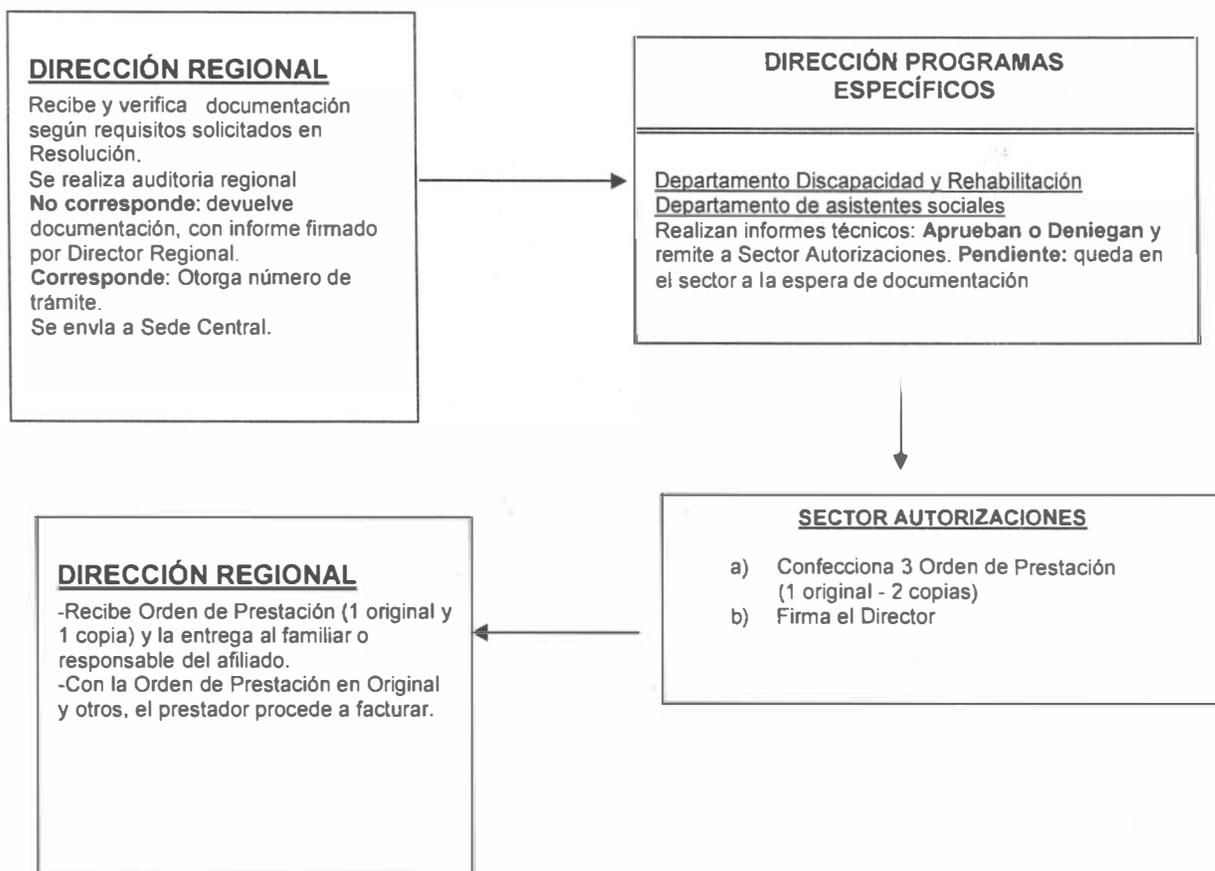
MOTIVO DE DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE ASISTENTE DOMICILIARIO

- a) No se autorizará la prestación del servicio de asistente domiciliario para aquel afiliado que se encuentre beneficiado con prestación de internación domiciliaria, que resida en Hogar con cobertura a cargo de esta Obra Social o presente superposición horaria sobre otra prestación.
- b) Un Asistente Domiciliario tiene prohibido delegar el servicio autorizado en su favor a otra persona, como así también facultades, funciones o atribuciones privativas de su actividad.
- c) En el caso que el asistente domiciliario no haga constar registro rubricado de actividades, detalle de prácticas y horarios realizados en el domicilio de la prestación.

4759 / 12

ANEXO 5

**CIRCUITO ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE PARA SOLICITUD DE
AUTORIZACIÓN**



4759 / 12

ANEXO 6

NORMAS DE FACTURACIÓN

- 1- La facturación será recepcionada en este IOMA del 01 al 10 de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada.
- 2- La factura debe ser B ó C, con domicilio, localidad, N° de CUIT de este instituto y calidad ante el IVA (exento). Se presentará factura en original y dos copias.
- 3- La presentación correspondiente a cada mes se realizará mediante un Resumen Mensual de Facturación (consiste en una planilla donde se detalla el afiliado a quien se le ha brindado prestación durante ese mes, el monto, N° de carnet, y prestaciones brindadas) el cual tendrá un valor final mensual. Se facturará solamente el monto final de Resumen Mensual, discriminado en tres facturas según sean Afiliados Obligatorios, Afiliados Voluntarios Individuales, y Afiliados Voluntarios Colectivos.
 - Afiliados Obligatorios: su N° de Carnet de IOMA comienza con un número.
 - Afiliados Voluntarios Individuales: su N° de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.
 - Afiliados Voluntarios Colectivos: su N° de Carnet comienza con la letra K a la Z.
- 4- Cada factura contendrá sólo un mes determinado de cobertura; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al que se está facturando se incluirán en una factura aparte. El mes de cobertura citado se refiere a MES CALENDARIO, no a mes prestacional.
- 5- Tanto los originales del resumen mensual como de la factura B ó C a nombre de IOMA deberán ser firmados y sellados por el Cuidador que factura, y presentados junto a dos fotocopias de cada uno, más la PLANILLA DE ASISTENCIA del Asistente actuante y la correspondiente conformidad del afiliado o familiar en original en cada uno de los días de prestación brindados (deberá.

acreditarse en la conformidad: firma, aclaración, N° de documento, y relación filial de quien firma respecto al afiliado, en caso de que éste no lo hiciera).

6- Con cada presentación mensual se adjuntará el Acta, que deberá ser la original de autorización emitida por IOMA para el primer mes del período otorgado, y copias de la misma en los meses subsiguientes. En la primera facturación deberá tener adjuntada la verificación afiliatoria.

7- Se adjuntará en toda facturación, fotocopias de las correspondientes habilitaciones e inscripciones, de acuerdo a las Normas de la AFIP y ARBA.

8- Para que IOMA pueda efectivizar el pago, el prestador deberá adjuntar N° de: CBU, caja de ahorro o Cuenta corriente en el Banco de la Provincia de Buenos Aires.

4759 / 12

EJEMPLARES

DE

PLANILLAS

4759 / 12



PLANILLA 1

**PLANILLA DE AUTORIZACION PARA PRÁCTICAS DE ASISTENTE
DOMICILIARIO
(completada por profesional prescriptor)**

Solicitud de Autorización para prácticas de asistente domiciliario por Tramite N°
correspondiente al período: desde ___ / ___ / ___ hasta ___ / ___ / ___
En caso de prórroga indicar fecha de inicio de prestación: ___ / ___ / ___

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre _____ Edad: _____
Afiliado N° _____ | Teléfono _____
Domicilio de la prestación: _____

Profesional prescriptor:

Apellido y Nombre _____
Matricula N° _____ | Teléfono _____
Diagnóstico _____
HISTORIA CLÍNICA (Patología primaria, asociadas y complicaciones)

VALORACION DE LA FUNCIONALIDAD Y AUTONOMIA DEL PACIENTE

	PUNTAJE	Firma y sello del Profesional
Alimentación		
Vestido		
Aseo		
Uso del Baño (y continencia)		
Desplazamiento		
Total		

Ponderación: Supervisión: 3 Asistencia mínima: 2 Asistencia máxima:

1

Trastornos de conducta Si No Detalle

Otras observaciones:

MODULO SOLICITADO:

DATOS DEL ASISTENTE DOMICILIARIO

Apellido y Nombre _____
DNI _____ | N° de Registro _____
Titulado otorgado en : _____ Fecha: _____
Domicilio _____ | Teléfono _____

INFORME AUDITORIA DESCENTRALIZADA:

4759 / 12

AUDITORIA CENTRALIZADA

INFORME DE AUDITORIA DEL Dto. DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN			
Observación:			
Autorización	SI	NO	FUNCIONALIDAD:
Firma y sello		Fecha:	

INFORME DE AUDITORIA DEL Dto. ASISTENTES SOCIALES			
Observación:			
Autorización	SI	NO	CONTENCIÓN:
Firma y sello		Fecha:	

Prestación autorizada:
por el termino de meses, a partir del
VALOR MENSUAL
VALOR TOTAL
RESOLUCION N°
Observación:
4759 / 12

IOMA

Instituto de Obra Médico Asistencial

**Buenos Aires**
LA PROVINCIA**PLANILLA 2 de Contención Familiar**

Completada por la Familia

Trámite N°

Nombre y Apellido:

Afiliado N°:

Datos de la Vivienda	
-Domicilio:	Localidad
-Ubicación (zona/ barrio):	
-Tipo de construcción: Casa <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar:	
-Cantidad de dormitorios:	

Grupo familiar: Detalle las personas que conviven con el afiliado y sus actividades:

	Apellido y Nombre	parentesco	edad	Ocupación/horario
1				
2				
3				
4				
5				

-¿Quien cuida actualmente al afiliado, cuantas y cuales horas y cuales son las tareas que realiza?

-Describa en forma breve el ámbito donde se realiza la asistencia:

¿Tiene contactos con otros familiares, vecinos, amigos? Describa

¿Tiene otras prestaciones autorizadas por IOMA actualmente? ¿Cuáles?

¿Tiene relación con otras Obras o servicios sociales?

Nombre y Apellido del responsable

DNI

Teléfono

Otros datos de interés:

4759 / 12

Plan de Asistencia Domiciliaria (PAD)
Completada por Asistente Domiciliario y Familiar

Quien suscribe, en su carácter de ASISTENTE DOMICILIARIO y con el pleno conocimiento de la normativa de IOMA que regula la citada prestación presenta el siguiente esquema de atención domiciliaria para el Sr/ra. _____

Afiliado/a N° del IOMA, consistente en la asistencia en las Áreas y Tareas que se informan a continuación:

Las que se llevaran a cabo los días _____

En el horario de a, durante hs, en el domicilio de la calle N°, de la localidad de Partido de _____

Desde la fecha

Nombre y Apellido

N° DNI

Firma

ASISTENTE DOMICILIARIO

Quien firma al pie, en su carácter de Del/ la Sr/ra. Toma conocimiento de la propuesta realizada para la Asistencia en Domicilio que antecede y acepta los términos establecidos.

Observación:

Nombre y Apellido

N° DNI

Firma

FAMILIAR y/o RESPONSABLE

4759 / 12