

ACTA ACUERDO IOMA – COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Entre el **INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**, en adelante “el IOMA o la Obra Social”, con domicilio legal en la calle 46 n° 886 de La Plata, representado en este acto por su Presidente, Dr. Javier MOURIÑO, por una parte; y por la otra el **COLEGIO DE KINESIÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**, en adelante “el Colegio o la Entidad”, con domicilio legal en Diagonal 74 n° 783 de La Plata, representado por su Presidente Kinesiólogo Jorge PORTILLO, acuerdan celebrar el presente Acta Acuerdo, modificatoria del convenio suscripto entre las partes el 28 de abril de 1994 y modificatorias, con sujeción a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Como contraprestación por las prestaciones convenidas, brindadas a los beneficiarios del IOMA por los profesionales kinesiólogos adheridos a la Entidad, la Obra social establece un tratamiento diferenciado por Módulos enumerados del 1 al 5, los cuales se encuentran normatizados en el Anexo 1 que forma parte integrante del presente.

SEGUNDA: El Colegio se hará cargo de las tareas operativas descriptas en el Anexo 2 del presente Acta, por medio del cual se establecen las normas de trabajo respecto de la autorización de las prestaciones a brindar y los requisitos para acceder a los servicios.

TERCERA: El Colegio deberá presentar al IOMA la liquidación y facturación correspondiente, en los plazos y condiciones que se consignan en el Anexo 3, que forma parte integrante del presente.

CUARTA: Con el objeto de propiciar la adhesión voluntaria de profesionales de la kinesiólogía a los términos del convenio celebrado entre las partes en fecha 28 de abril de 1994, y sus modificatorias, se establece el modelo de planilla de adhesión de profesionales en el Anexo 4 del presente.

Alteraciones del raquis en pacientes mayores de 18 años (rectificaciones, cifosis, lordosis, escoliosis).

Alteraciones del eje de los miembros en caderas, rodillas y pies.

Lesiones musculares y articulares.

Discopatías no quirúrgicas.

Patologías Reumatológicas en pacientes mayores de 18 años.

Patología vascular sin compromiso neurológico.

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

La frecuencia del tratamiento será no mayor a 3 veces por semana.

MODULO 2

Comprende la rehabilitación de:

Artroplastías en general; fracturas intra y extra articulares con o sin osteosíntesis.

Cirugías en general, miembros superiores e inferiores y/o de partes blandas.

Cirugías de columna.

Cirugía de mama.

Cirugías cardíacas y pulmonares.

Afecciones respiratorias en el niño y en el adulto.

Rehabilitación de patologías cardíacas.

Tortícolis congénitas.

Parálisis braquial obstétrica.

Afecciones de los nervios periféricos en miembros superiores e inferiores como secuelas quirúrgicas o por compresión, en pacientes mayores de 18 años.

Patología vascular con compromiso neurológico en pacientes mayores de 18 años.

Parálisis faciales periféricas o post quirúrgicas.

Quemados.

Amputados.

ACV cuya evolución sea mayor a los 3 años.

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

La frecuencia del tratamiento será no mayor a 3 veces por semana.

MODULO 3

Comprende la rehabilitación de:

Alteraciones congénitas y desviaciones del raquis en pacientes hasta los 18 años.

Alteraciones congénitas y desviaciones en el eje de los miembros en caderas rodillas y pies en pacientes hasta los 18 años.

Alteraciones de los nervios periféricos, como secuelas de cirugías o por compresión, ya sea en miembros superiores o inferiores en pacientes hasta los 18 años.

Patología vascular con compromiso neurológico en pacientes hasta los 18 años.

Patología reumatológica en pacientes hasta los 18 años.

Grandes traumatizados.

Duración del tratamiento: hasta 50 sesiones anuales, no más de 10 sesiones mensuales, con una frecuencia de tratamiento no mayor a 3 veces por semana.

MODULO 4

Comprende la rehabilitación de:

Patologías Neurológicas neonatales, alteraciones madurativas con o sin secuela motora

Accidente Cerebro Vascular, durante los 3 primeros años de evolución.

Enfermedades desmielinizantes.

Cuadriparesias.

Lesionados medulares
Síndromes Extrapiramidales.
Esclerosis Múltiple.
Distrofias.

Duración del tratamiento: hasta 70 sesiones anuales, no más de 10 sesiones por mes, con una frecuencia de tratamiento no mayor a 3 veces por semana.

MODULO 5: De atención domiciliaria:

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

Se encuentra incluidas las siguientes patologías:

Enfermedades degenerativas de S.N.C

Enfermedades desmielinizantes. Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerosis Múltiple.

Accidente Cerebro Vascular en etapa flácida o espástica que no le permita la deambulaci3n.

Quemados severos con incapacidad que no le permita la deambulaci3n.

TEC grave y grandes traumatizados con polifracturas en miembros inferiores.

Cuadriplejías y paraplejías severas por lesiones medulares.

Afecciones respiratorias o cardiorrespiratorias cuya prescripci3n m3dica tenga contraindicado el traslado o la movilidad, acompa±ado o no de procesos invalidantes.

Enfermedades reumatol3gicas invalidantes.

Síndrome de Parálisis del Tronco Cerebral.

Miopatías y Neuromiopatías.

Post quirúrgicos con afección de miembros inferiores que le impidan la deambulaci3n, artroplastias de cadera y amputaciones en las primeras etapas post quirúrgicas.

Duraci3n del tratamiento: hasta 12 sesiones mensuales

CAPITULO II:

NORMATIVAS DE CADA M3DULO

Normativas para el M3dulo 1

- Orden M3dica con su correspondiente firma y sello;
- Datos de afiliaci3n completos del paciente, incluida la edad del mismo.
- Fecha en orden M3dica.
- Pedido de tratamiento, cantidad de sesiones y diagn3stico m3dico.
- Los tratamientos podr3n contar con pr3cticas de fisioterapia y kinesioterapia incluidas en el Anexo 1.
- La frecuencia del tratamiento ser3 no mayor a 3 veces por semana.
- En el caso de tratamiento diario el mismo deber3 estar acompa3ado de la historia cl3nica que lo justifique.
- El pedido de tratamiento de Reeducci3n Postural Global ser3 contemplado para las alteraciones del raquis y patologias discales y todas aquellas alteraciones de columna solicitadas por un profesional traumat3logo.
- Todos los tratamientos se realizar3n en forma individual.
- Las patologias del m3dulo I se encuentran en el capitulo III.
- Cuando se agote el m3dulo correspondiente se evaluar3 por auditoria el otorgamiento de m3s sesiones.

Normativas para el Módulo 2

- Orden Médica con su correspondiente firma y sello.
- Datos de afiliación completos del paciente, incluida la edad del mismo.
- Fecha en orden Médica.
- Pedido de tratamiento, cantidad de sesiones y diagnóstico claro y preciso.
- Los tratamientos podrán contar con prácticas de fisioterapia y kinesioterapia incluidas en el Anexo I
- La frecuencia del tratamiento será no mayor a 3 veces por semana
- En el caso de las patologías respiratorias que requieran Asistencia Kinésica respiratoria la frecuencia de la atención podrá ser diaria.
- El pedido de tratamiento de Drenaje Linfático será contemplado para las cirugías de mama acompañando fotocopia del protocolo quirúrgico y para la patología vascular cuyo diagnóstico médico acredite alteración, edema o linfedema (fotocopia del eco doppler).
- Todas las prácticas quirúrgicas deberán contar con Resumen de Historia Clínica que aporte datos de relevancia para la rehabilitación y en donde figure el tiempo de evolución post operatoria y evaluación actual del post quirúrgico.
- Todas las Historias Clínicas deben ser originales y tener la misma fecha que la orden Médica.
- En el caso de las afecciones de nervios periféricos, los quemados, los amputados, deberán contar con Resumen de Historia Clínica en donde conste la evaluación médica de las secuelas por las cuáles se solicita la rehabilitación.
- El pedido de tratamiento de reeducación postural global será contemplado para las cirugías de columna y deberán ser prescriptos por profesional médico especialista en cirugía o traumatología.

- En los pacientes con diagnóstico de ACV, la Historia Clínica deberá tener tiempo de evolución de la patología y evaluación actualizada de las secuelas por las cuáles solicita la rehabilitación.
- Todos los tratamientos se realizarán en forma individual.
- Las patologías del módulo 2 se encuentran en el Anexo 3
- En el caso de tratamiento diario el mismo deberá estar acompañado de la Historia Clínica que lo justifique.
- Cuando se agote el módulo correspondiente, se evaluará por auditoría el otorgamiento de más sesiones.

Normativas para el Módulo 3

- Orden Médica con su correspondiente firma y sello.
- Datos de afiliación completos del paciente incluida la edad.
- Deberá contar con fecha la orden médica.
- Pedido de tratamiento, cantidad de sesiones y diagnóstico claro y preciso.
- Los tratamientos podrán contar con prácticas de fisioterapia y kinesiología incluidas en el Anexo 1.
- Frecuencia de tratamiento no mayor a 3 veces por semana.
- En el caso de tratamiento diario el mismo deberá estar acompañado de la historia clínica que lo justifique.
- Historia clínica que acompañe la orden médica, con datos de estudios previos y evaluación médica de las secuelas por las cuáles se solicita la rehabilitación.
- Todas las Historias Clínicas deben ser originales y tener la misma fecha que la orden médica.
- El pedido de Reeducción Postural Global será contemplado para las patologías con alteración del raquis, incluidas en éste módulo y solicitada por un profesional traumatólogo.

- La hidroterapia será contemplada en éste módulo para las patologías de columna, las reumatológicas y grandes traumatizados, con pedido expreso del profesional médico y justificación con resumen de Historia Clínica de porqué solicita la práctica de rehabilitación en el agua.
- Todos los tratamientos se realizarán en forma individual.
- Las patologías del módulo 3 se encuentran en el Anexo 4
- Cuando se agote el módulo correspondiente se evaluará por auditoria el otorgamiento de más sesiones.

Normativas para el Módulo 4

- Orden Médica con su correspondiente firma y sello.
- Datos de afiliación completos del paciente incluida la edad del mismo.
- Debe contar la fecha en orden Médica.
- Pedido de tratamiento, cantidad de sesiones y diagnóstico claro y preciso.
- Los tratamientos podrán contar con prácticas de kinesioterapia incluidas en el Anexo I y prácticas alternativas de fisioterapia.
- Frecuencia de tratamiento no mayor a 3 veces por semana.
- Podrá ser el tratamiento diario en el caso de tratamiento de afecciones respiratorias.
- Todos deberán presentar resumen de Historia Clínica en el mismo debe figurar, tiempo de evolución de la patología, evaluación de las secuelas por las cuáles requiere rehabilitación y todo aquel antecedente que el profesional Médico crea necesario de aportar.
- Todas las Historias Clínicas deben ser originales y tener la misma fecha que la orden Médica.
- La Hidroterapia será contemplada en éste módulo con pedido expreso del profesional Médico y justificación con resumen de Historia Clínica de porqué solicita la práctica de rehabilitación en el agua.

- Todos los tratamientos se realizarán en forma individual.
- Las patologías del módulo IV se encuentran en el Anexo V
- En el caso de tratamiento diario el mismo deberá estar acompañado de la historia clínica que lo justifique.
- Cuando se agote el módulo correspondiente se evaluará por auditoría el otorgamiento de más sesiones.

Normativas para el Módulo 5

- Orden Médica con su correspondiente firma y sello.
- Datos de afiliación completos del paciente incluida la edad del mismo.
- Debe tener fecha la orden Médica.
- Los tratamientos podrán contar con prácticas de fisioterapia y kinesiología incluidas en el Anexo 1
- La frecuencia del tratamiento domiciliario será no mayor a 3 veces por semana; en el caso de tratamiento diario el mismo deberá estar acompañado de la historia clínica que lo justifique.
- Todas las Historias Clínicas deben ser originales y tener la misma fecha que la orden Médica.
- Pedido de tratamiento a cargo del profesional Médico Especialista de acuerdo a la patología, cantidad de sesiones y diagnóstico que se encuentre incluido en las prácticas domiciliarias.
- Historia clínica a cargo del Médico Especialista, que justifique la incapacidad de traslado, por lo que el paciente no puede realizar una rehabilitación ambulatoria.
- Se excluye de la presente, aquellos pacientes que reciben prestaciones de Internación Domiciliaria.

- La renovación de la práctica deberá contar con evolución Médica e informe Kinésico para la continuidad de tratamiento, a fin de evaluar la posibilidad del cambio a la modalidad ambulatoria.
- Todos los tratamientos se realizarán en forma individual.
- Las patologías del módulo de atención domiciliaria son únicamente las incluidas en el módulo de prestaciones domiciliarias.

CAPITULO III:

Técnicas incluidas en las Practicas de fisioterapia y kinesioterapia

Kinesioterapia:

Técnicas de manipulación, masoterapia, Técnicas de relajación, Tracciones cefálicas y podálicas, Técnicas de gimnasia correctiva y reeducación postural (RPG).

Reeducaciones respiratorias y cardiorrespiratorias, Técnicas de vibración, percusión y de avenamiento.

Osteopatía. Aplicación de técnicas evaluativos funcionales manuales o instrumentales.

Técnicas de facilitación neuromuscular (BOBAT, KABAT)

Drenaje linfático manual e instrumental (PRESOTERAPIA) con finalidad terapéutica.

Todo tipo de movimiento metodizado, manual o instrumental que tenga finalidad terapéutica.

Fisioterapia:

Agentes de fisioterapia, Electroterapia, Corrientes analgésicas Teens, Corrientes de tonificación y protección muscular, interferenciales, cuadrangulares y rectangulares. Electroestimulación. Biofeedback. Galvanismo, Iontoforesis, Ultrasonoterapia, Infrarrojo, Ultravioleta, Láser, Onda Corta,

Magnetoterapia, Crioterapia, Rehabilitación en el agua a través de la Hidroterapia.

Utilización de Técnicas de Humidificación, nebulizadores comunes o ultrasónicos.

Utilización de elementos de ayuda para la remoción de secreciones. Y todo agente físico reconocido, que tenga finalidad terapéutica y que pueda incluirse en el tratamiento de reeducación Kinésica.

CAPITULO IV

Patologías incluidas en cada módulo

Módulo 1

Aplastamiento Vertebral. Apofisitis. Aponeuritis. Aquileitis. Artralgias. Artritis. Artrodesis. Artrosis. Braquialgias. Bursitis. Canal Estrecho. Cervicalgias. Cervicoartrosis. Cervicobraquialgias. Cervicodorsalgias. Cervicolumbalgias. Ciatalgias. Cifosis. Colagenopatías. Condritis. Condromalacias. Condropatías. Coxalgias. Coxartrosis. Coxigodinia. Dedo en resorte. Dedo en martillo. Disfunciones raquídeas. Disfunción del piso pelviano. Displasias de cadera. Displasia rotuliana. Discopatías. Disfunción de ATM. Disfunción femoropatelar. Dorsalgias. Enfermedad de Dupuytren. Enfermedad de Paget. Enfermedad de Quervain. Enfermedad de Sudeck. Epicondilitis Epifisiolisis. Epitrocleitis. Escafoiditis. Escoliosis. Esguinces. Espina bífida. Espolón. Espondiartrosis. Espondilolistesis. Estiloiditis. Fascitis Plantar. Fibromialgias. Fibrositis. Fricción acromial. Genu varo/valgo. Gonalgia. Gonartrosis. Gota. Hernias de disco. Hidrartrosis. Hiperlordosis. Hombro congelado. Lesión ligamentaria. Linfedema. Listesis. Lordosis. Lumbalgias. Lumboartrosis. Lumbociatalgias. Luxaciones. Metatarsalgias. Metatarso aducto. Necrosis. Neurodositis. Omalgias. Osgood Schatter. Osteoartrosis. Osteocondritis.

Periartritis. Pie aducto, cavo equino, plano. Talo. Pinzamientos. Poliartralgias. Pubalgias. Quistes. Radiculopatías. Raquialgias. Rectificaciones en columna. Rizartrosis. Sacroileitis. Sesamoiditis. Síndrome ápico transverso, de Barre Lieu. , Maller Finger.Tunel Carpiano, del manguito rotador, meniscal rotuliano, vertebro bacilar, vertiginoso.Sinovitis.Talalgias Tendinitis. Tenosinovitis. Trocanteritis.Tortícolis. Uncoartrosis. Vasculopatías.

Módulo 2

Amputados. ACV. Artroplastías. Asma. Atelectasias. Broncoespasmo. Bronquiectasias. Bronquitis. Cardiopatías.Cirugía de columna. Cirugía de hombro, codo, mano, cadera, rodilla, tobillo y pie.Cirugía de hallux. Coronariopatías. Enfisema. Enfermedades Vasculares,Epoc. Fibrosis Quística. Fracturas. Insuficiencia respiratoria. Mastectomías. Menisectomías. Miocardiopatías. Neumonías. Neumocardiopatías. Osteosíntesis. Parálisis obstétrica. Parálisis facial. Parálisis periféricas. Parálisis del radial, cubital, ciático poplíteo.Plástica de ligamentos. Prótesis. Quemados. Síndrome de coqueluche. Tortícolis congénita.

Módulo 3

Cifosis. Displasia de cadera. Displasia de rótula. Dorso curvo. Enfermedad de Perthes. Vasculopatías. Escoliosis. Genu varo/valgo. Grandes traumatizados. Hiperlordosis. Lordosis. Parálisis periférica. Pie equino, aducto, bot, plano, talo. Tórax en quilla.

Módulo 4

ACV. Amiotrofias. Apraxias. Atrogrifosis. Ataxia Atetosis. Atrofia espinal. Coreoatetosis. Cuadriparesias. Distonías. Distrofias de Duchene. Distrofia Muscular Progresiva. Encefalopatías. Enfermedad de Charcot. Enfermedad de Steinert. Ependinoma. Esclerodermia. Esclerosis.Hemiparesias. Hemiplejías.

Hidrocefalia. Hipoxia perinatal. Linfoma Hodking. Mal de Alzeimer. Micro y Macrocefalia. Mielomeningocele. Monoparesias y Monoplejías de origen central. Parálisis Cerebral. Paraparesias. Paraplejías. Parkinson. Retrazo Motriz. Síndrome de Douw. De Guillan Barre. De Smith. De Werning Hofman. De west. Extrapiramidales. Siringomielia. Tetraparesias

Cuando por algún motivo, siempre que la patología lo justifique, se deba cambiar de módulo; la cantidad de sesiones anuales determinadas por convenio, no excederá el total del módulo siguiente.

EJ: Un paciente con Artrosis de rodilla que utiliza 30 sesiones anuales por su módulo, si posteriormente requiere una artroplastía, cuyo total de sesiones convenidos es 40, solo podrá utilizar por convenio, las sesiones que le faltaren para completar su cambio de módulo; en éste caso 10 más; accediendo a una sumatoria de 40 sesiones en total.

NORMAS DE TRABAJO GENERALES

El COLEGIO se hará cargo, en términos generales y con respecto de las prescripciones y limitaciones del convenio marco al que hacemos referencia, de las siguientes tareas operativas:

- a.- Verificación afiliatoria de los beneficiarios de IOMA, de acuerdo a lo establecido en el apartado.
- b.- Autorización previa de las prestaciones, conforme las normas operativas.
- c.- Impresión y distribución del BONO DE COPAGO de KINESIOLOGIA.

CAPITULO I

AUTORIZACION PREVIA DE LAS PRESTACIONES

AUTORIZACION TELEFONICA

a.- Deberá requerirse en forma telefónica a COLEGIO SEDE CENTRAL a las líneas rotativas identificadas con el nro. **0221 –423-7700**.

b.- Las líneas rotativas identificadas **SON ASIGNADAS EXCLUSIVAMENTE PARA LOS REQUERIMIENTOS DE AUTORIZACION PREVIA DE LAS PRESTACIONES DE IOMA** y, por razones operativas, **NO ATENDERAN OTRO TIPO DE CONSULTAS O REQUERIMIENTOS**. También corresponde destacar que, desde la línea identificada precedentemente **RESULTA IMPOSIBLE DERIVAR LLAMADA ALGUNA A LOS INTERNOS HABITUALES DE COLEGIO**.

c.- Los profesionales prestadores, al momento de requerir telefónicamente la pertinente autorización deberán tener a la vista: orden médica que identifique al beneficiario de IOMA por nombre/s, apellido/s, documento de identidad (tipo y número), número de carnet habilitante con el dígito correspondiente a su

calidad de afiliado (directo/a cargo), edad del beneficiario, diagnóstico e indicación de tratamiento de la Kinesiología.

d.- Una vez constatada su calidad de afiliado, por cotejo de padrón obrante en Sede Central y constatado que la prestación se halla dentro de las normas vigentes, se le asignará por operador de Sede (y en el acto), un código o número identificador de la “autorización previa” emitida por Central, **código o número que el profesional DEBERA CONSIGNAR EN EL BONO DE COPAGO, EN FORMA CLARA , VISIBLE Y LEGIBLE. Al mismo tiempo el operador asignará cantidad de sesiones conforme consumo e indicará al profesional el bono de copago que deberá abonar el afiliado en el acto de la prestación.** Dejase constancia que la omisión del número o código asignado a la autorización implicará el automático rechazo de la facturación pertinente.-

AUTORIZACION POR INTERNET

a.- Deberá solicitarse en la web del Colegio y los profesionales prestadores. Al momento de requerir la autorización deberán tener a la vista: orden médica que identifique al beneficiario de IOMA por nombre/s y apellido/s, documento de identidad (tipo y número), número de carnet habilitante con el dígito correspondiente a su calidad de afiliado (directo/a, a cargo), edad del beneficiario, diagnóstico e indicación de tratamiento de la Kinesiología.

b.- Una vez constatada su calidad de afiliado, por cotejo de padrón obrante en Sede Central y constatado que la prestación se halla dentro de las normas vigentes, se le asignará dentro de las 24 Hs. hábiles de solicitado, un código o número identificador de la “autorización previa” emitida por Central, **código o número que el profesional DEBERA CONSIGNAR EN EL BONO DE COPAGO, EN FORMA CLARA , VISIBLE Y LEGIBLE.** Dejase constancia que la omisión del número o código asignado a la autorización implicará el automático rechazo de la facturación pertinente.

Las autorizaciones emitidas por Sede, SE CONSIDERAN CONDICIONADAS AL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS NORMAS VIGENTES y, por ende, SUJETAS A AUDITORIA POSTERIOR.-

Si al arribo de la facturación a SEDE, se detectare el incumplimiento de las normas vigentes o la falta de correlato de los datos consignados por el profesional al requerir la autorización con las constancias o documentos de la facturación, las prestaciones podrán ser rechazadas en forma fundada y con apego a las normas que se consignan.

Dejase constancia **QUE UNA VEZ AUTORIZADA LA PRESTACION, LA MISMA ESTARA PERSONALIZADA EN EL PROFESIONAL PRESTADOR QUE SOLICITO Y OBTUVO LA AUTORIZACION Y NO PODRA SER FACTURADA POR OTRO PROFESIONAL DEL PADRON.**

Si como consecuencia de la aplicación de las normas vigentes se determinare la limitación de las sesiones cuya autorización se requiere e indicare al profesional prestador la utilización de uno u otro bono de copago, deberá el profesional cumplir con las directivas que se le hayan impartido.

Si por razones fundadas en las normas operativas vigentes, Sede Central negare la autorización solicitada, esta resolución es inapelable, salvo cuando la negativa estuviere fundada en errores u omisiones que puedan salvarse.

CAPÍTULO II

Requisitos para acceder a los servicios

- A) Los beneficiarios deberán acreditar para acceder a los servicios ante el profesional que lo atiende la siguiente documentación:
- 1-Credencial actualizada
 - 2-Recibo-cheque de cobro o del pago de la mensualidad (afiliados voluntarios) del último mes
 - 3-Documento Nacional de Identidad
 - 4- Orden médica emitida por profesional adherido que identifique al beneficiario con apellido/s y nombre/s y número de carnet de afiliado a IOMA.
 - 5- Autorización previa formulada por COLEGIO –Sede Central-. Para evitar inconvenientes tanto al afiliado de IOMA como al propio profesional actuante, **SE SUGIERE IDENTIFICAR PERFECTAMENTE AL BENEFICIARIO QUE REQUIERE LA ATENCION.-**

Verificacion afiliatoria

El Colegio, en forma concomitante con la autorización de la prestación, hará la verificación afiliatoria; esto es la inclusión del beneficiario en el PADRON que a tales efectos ha provisto IOMA.

Si la verificación afiliatoria resultare negativa, a los efectos de la autorización previa, el afiliado podrá presentar como constancia, y entregar en ese acto al prestador:

- Certificación oficial de su condición de beneficiario expedida por la Delegación de IOMA.
- Fotocopias de su carnet afiliatorio, DNI y último recibo de haberes (Af.Obligatorios) o 3 últimos pagos efectuados (Afi.Voluntarios)

En estos casos puntuales la “autorización previa” de la prestación se efectivizará una vez recibida en Sede Central, vía Fax, la documentación detallada acompañando la totalidad de los datos pertinentes.

Requisitos normativos para la autorización

1. Entre la fecha de prescripción de una práctica y su autorización, no deberán mediar más de 30 (treinta) días.
2. Entre la fecha de autorización y su realización se exigirá igual plazo de tiempo que en el punto anterior.
3. Con la finalidad de garantizar la accesibilidad a las prestaciones, en aquellos casos en que no puedan ser reunidos todos los requerimientos documentales que exige el IOMA, en el momento de la solicitud de la práctica , se tendrán en cuenta las situaciones particulares.
4. No podrán autorizarse módulos de patologías diferentes en una misma orden.

NORMAS DE FACTURACION

Los Kinesiólogos presentarán la documentación respaldatoria de las prestaciones realizadas, agrupadas en: a) afiliados obligatorios; b) afiliados voluntarios individuales y c) afiliados voluntarios colectivos. Los importes percibidos por los Profesionales, ya se trate de venta de bonos, como de honorarios percibidos por intermedio de COKIBA, deberán estar respaldados por recibos o facturas del Profesional.

Registro de prestaciones

El profesional actuante deberá dejar constancia de la practica realmente efectuada, en la Historia Clínica personal del afiliado, que deberá archivar por un período no menor de 5 años.

La Historia Clínica deberá contener un mínimo de datos básicos, a saber:

a) Datos de identificación del afiliado:

- Nombre y apellido completo
- Edad
- Sexo.
- Fecha de atención.
- Numero de afiliado
- Fecha de alta

b) Datos de la atención

Convenios de reciprocidad

Los beneficiarios de los Sistemas de Reciprocidad gozarán de los beneficios asistenciales acordados por las Obras Sociales otorgantes.

Para la presentación de la facturación deberá adjuntarse la documentación habilitante del beneficiario establecida para cada convenio, conjuntamente con los comprobantes administrativos y médicos respaldatorios de la prestación realizada y la autorización provisoria correspondiente.

LIQUIDACION Y FACTURACION

REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA LIQUIDACIÓN:

1) Lugar y fecha de presentación:

La documentación de recepción será del 10 al 20 de cada mes en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria- calle 46 N°886 entre 12 y 13 - Piso 11- Departamento Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria del IOMA. Dichas liquidaciones agruparán separadamente las prestaciones de cada mes, y respetando el origen afiliatorio y los convenios respectivos.

2) Requisitos particulares de la documentación:

a) Remito o factura:

Se presentará por triplicado, firmado y sellado por el responsable de la Entidad en los tres (3) formularios.

1. Se deberá presentar una factura o recibo por cada grupo afiliatorio, es decir una para afiliados obligatorios, otra para afiliados voluntarios individuales y otra para afiliados voluntarios colectivos; cada uno con sus respectivos importes .
2. Las refacturaciones, convenios y convenios de reciprocidad siempre se facturan por separado.

b) Aspectos formales de la factura o recibo:

- ✓ Membrete preimpreso y demás datos fiscales identificatorios del emisor, de acuerdo a la normativa vigente que al respecto dicte la AFIP.
- ✓ Domicilio del I.O.M.A: calle 46 N° 886 – La Plata (CP 1900)
- ✓ Número de CUIT I.O.M.A: 30-62824952-7 (Responsable Exento)
- ✓ Identificar el grupo afiliatorio del que se trate.
- ✓ Conceptos facturados: Modulo que corresponda
- ✓ Período facturado: mes y año, no podrán facturarse dos ejercicios juntos en un mismo remito
- ✓ Monto Total: (en números y letras), el que se incluirá a los efectos impositivos y según informe este Instituto, el valor de la prestación, según valor I.O.M.A

c) Resumen de prestaciones:

Se presentará por triplicado, firmado y sellado en original por el responsable de la Entidad en los tres (3) formularios.

El resumen de liquidación contendrá la siguiente información:

DATOS DEL PRESTADOR

- Nombre y apellido del prestador
- Numero de matricula
- Domicilio y localidad
- Mes de prestación

DATOS DE LAS PRESTACIONES

- Cantidad de Prácticas realizadas con el modulo normativo correspondiente
- Valor respectivo de cada modulo.

- Toda la documentación contendrá los datos del número de bono, número de beneficiario, apellido y nombre del afiliado.
- Toda la información deberá también ser enviada en soporte magnético.

3) Requisitos generales de la documentación:

3.1. La documentación presentada por el profesional para su posterior facturación sólo podrá corresponder a prestaciones realizadas hasta sesenta (60) días antes al primero fijado para la fecha de presentación. Se agruparán separadamente las prestaciones de cada mes y respetando el origen afiliatorio.

3.2. Toda la documentación se presentará foliada en el ángulo superior derecho sin enmiendas ni tachaduras.

En caso de errores, las enmiendas necesarias deben estar salvadas con firma y sello del prestador.

3.3 El IVA en los afiliados voluntarios deberá constar discriminado en el libro y en el total de la factura.

3.4 La documentación se recepcionará sin excepciones del 10 al 20 de cada mes en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria- calle 46 N° entre 46 y 47 -Piso 11°- del IOMA

4) Débitos:

CODIGOS DE AJUSTES:

- A- Se desglosa y devuelve documentación
- B- Se ajusta sin devolución

C- Se rechaza sin devolución de documentación.

- 1- Comprobantes de otras Obras Sociales
- 2- Erróneo o sin consignar numero de carnet del beneficiario.
- 3- Falta firma y/o sello y/o matricula del profesional kinesiólogo.
- 4- Falta firma de conformidad de tratamiento del beneficiario y/o familiar.
- 5- Profesional no adherido
- 6- Falta de comprobantes
- 7- Falta de valoración de comprobantes
- 8- Error de facturación de modulo
- 9- Comprobante de otro mes de prestación
- 10-Falta orden de prescripción médica
- 11-No se justifica técnicamente de acuerdo a auditoria especializada
- 12-Profesional sancionado
- 13-Falta de historia clínica evolucionada
- 14-La auditoria especializada requiere protocolo quirúrgico y/o historia clínica; se adjunta solicitud de auditor.
- 15-Omitió facturar
- 16-Presenta la mayor parte de las prestaciones enmiendas y/o errores
- 17-Falta de diagnostico de la practica
- 18-Los comprobantes deben enviarse consignando todos los datos indicados.
- 19-Falta consignar fecha y hora en los comprobantes
- 20-Falta documentación respaldatoria
- 21-Diferente categoría afiliatoria
- 22-Orden vencida.
- 23-Orden médica incompleta: no se indica cantidad de sesiones para el tratamiento kinésico.

- 24-Orden medica incompleta: no se consigna diagnostico, no se consigna tratamiento
- 25-Orden medica incompleta: no se consignan datos del paciente diagnostico y evolución de la patología
- 26-Superposición de diagnostico, no aclara el modulo a tratar.
- 27-Prestación domiciliaria: el diagnostico no justifica
- 28-Falta de historia clínica en tratamientos diarios. Rechazo de la facturación, no se devuelve.

5) Requisitos para las refacturaciones

Toda documentación que fuera observada y o rechazada por la auditoria de la Obra Social, será devuelta al profesional a través de la Entidad, indicando en la hoja de devolución y/o hoja de débito los motivos de su observación o rechazo. La documentación observada podrá ser nuevamente presentada ante la Obra Social, subsanados los motivos que dieran origen a su devolución . La documentación rechazada no podrá ser refacturada

1. Para la presentación de documentación correspondiente a refacturaciones los requisitos serán los mismos que los de la presentación de la facturación original .
2. En la presentación se deberán adjuntar los motivos de débito que originaron la refacturación, adjuntando hoja de devolución y/o hoja de debito que fuera entregada al profesional.
3. La presentación de las refacturaciones deberá realizarse de acuerdo a lo establecido en el punto 2. Siendo su plazo de presentación 60 (sesenta) días contados a partir de la fecha de recepción por parte de la entidad .

4. En caso de devoluciones por nota enviar con la presentación de la refacturaciones copia de la nota respectiva.

6) Requisitos para los reclamos

Idem anterior.

La documentación que fuere observada y se le ratifique el débito no se podrá refacturar.

Cuando la naturaleza de los reclamos sea de orden médico y/o administrativo, luego de su evaluación podrán ser tratados en el seno de la Comisión Mixta respectiva, previo análisis en la Comisión Técnica.

La devolución de documentación que ha originado débito se hará efectiva con la presentación de la facturación del mes inmediato posterior.

7) Requisitos para la presentación de la liquidación en soporte óptico (CD)

La facturación deberá estar agrupada por tipo de beneficiarios (afiliados obligatorios, voluntarios individuales y colectivos), detallando cada uno de los bonos presentados.

El formato de los datos deber ser DBF y el nombre del archivo “COKIBA” según el diseño adjunto.

Aclaración: cabe señalar que al momento de la carga, en aquellos campos en los que no posean datos para completar, o que no se correspondan con los tipos de datos que poseen los prestadores y las prestaciones vinculadas a este convenio, deben dejarse en blanco, sin ingresar información.

Field	Field name	Type	Width	Dec
1	OBRASOCIAL	C	3	0
2	REMESA	N	5	0
3	HONORARIOS	N	9	2
4	GASTOS	N	9	2
5	IVA	N	9	2
6	MATRICULA	N	10	0
7	NOMBRE	C	30	0
8	ANIOMESPRES	N	6	0
9	NRO_BONO	C	10	0
10	FECHAEMI	D	8	0
11	CATEGORIA	C	1	0
12	NRO_AFILIA	C	12	0
13	PARTIDO	C	3	0
14	EPO	C	3	0
15	FECHARECI	D	8	0
16	FECHAFACT	D	8	0
17	F_CAN_1	N	3	0
18	F_COD_1	C	6	0
19	F_POR_1	N	3	0
20	F_CAN_2	N	3	0
21	F_COD_2	C	6	0
22	F_POR_2	N	3	0
23	F_CAN_3	N	3	0
24	F_COD_3	C	6	0
25	F_POR_3	N	3	0
26	F_CAN_4	N	3	0
27	F_COD_4	C	6	0
28	F_POR_4	N	3	0
29	F_CAN_5	N	3	0
30	F_COD_5	C	6	0
31	F_POR_5	N	3	0
32	F_CAN_6	N	3	0
33	F_COD_6	C	6	0
34	F_POR_6	N	3	0
35	PRESENTA	N	6	0
36	SOLICITA	N	6	0

Donde IOMA está codificado para afiliados como:

CODIGO	NOMBRE
220	AMP OBLIGATORIO
221	AMP VOLUNTARIO INDIVIDUAL
222	AMP VOLUNTARIO COLECTIVO
317	IOMA CAPITAL FEDERAL
230	IOMA PLAN MAMI
223	IOMA BAPRO
225	IOMA ASOME
224	IOMA PLAN SER
REMESA	nº de remito o factura de la entidad primaria que envía la facturación
HONORARIOS	valor total de honorarios
GASTOS	valor total de gastos
IVA	valor total iva cuando corresponda
MATRICULA	del profesional
NOMBRE	nombre del profesional
ANIOESPRES	año mes de la prestación
NRO_BONO	nº de bono
FECHAEMI	fecha emisión del bono
CATEGORÍA	categoría del profesional facturada
NRO_AFILIA	nº de afiliado
PARTIDO	Lugar de origen del afiliado (Que figuran en el Bono)
EPO	Lugar de origen del afiliado (Que figuran en el Bono)
FECHARECI	fecha de ingreso en la AME
FECHAFACT	día/mes/año de facturación (proceso de la facturación)
F_CAN_1	cantidad de práctica 1
F_COD_1	código de la práctica 1
F_POR_1	porcentaje de cobertura de la práctica 1 (100%, 75% etc)
F_CAN_2	idem
F_COD_2	idem
F_POR_2	idem
PRESENTA	nº de lote o caja de ingreso de documentación
SOLICITA	matrícula que solicito la prestación

MODELO DE BONOS:

Se utilizará el modelo de bono de práctica que seguidamente se detalla:

ANEXO 5

MODULO (10 SESIONES)	A cargo IOMA	COPAGO a cargo del afiliado	VALOR TOTAL MODULO
Módulo 1	\$ 160	\$ 25	\$ 185
Módulo 2	\$ 201	\$ 25	\$ 226
Módulo 3	\$ 241	\$ 25	\$ 266
Módulo 4	\$ 265	\$ 25	\$ 290

Módulo 5	ADICIONAL POR ATENCIÓN A DOMICILIO DE PACIENTES POSTRADOS: <ul style="list-style-type: none">▪ \$ 15 por sesión a cargo del IOMA▪ Máximo 12 sesiones▪ El monto del adicional por atención a domicilio debe ser facturado junto con el módulo otorgado, de acuerdo con lo establecido en el Anexo 3
-----------------	--