

**Resolución 0066/07**

**Instituto de Obra Médico Asistencial  
Provincia de Buenos Aires**

POR 1 DIA.-El H. Directorio del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires por Resolución N° 0066/07, resuelve que: visto el expediente N° 2914-15741/06, iniciado por la DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES, caratulado: “ELEVA PROPUESTA DE LA DCCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS DE RESOLUCIÓN PARA PRORROGA DE COBERTURA”, y

**CONSIDERANDO:**

Que a fojas 1/3 luce propuesta elaborada por la Dirección de Programas Específicos por medio de la cual se sugiere establecer una prórroga de cobertura a partir del 1 de enero de 2007 y hasta el 31 de diciembre de 2007, para los afiliados con algún tipo de discapacidad que reciben tratamiento en Hogares, Hogares con Centro de Día, Hogares con Centro Educativo Terapéutico, Centros de Día y Centros Educativos Terapéuticos con y sin convenio con este I.O.M.A., que poseen cobertura vigente en el transcurso del año 2006 y que cumplieron los requisitos para acceder a la prórroga otorgada en virtud de lo establecido por las resoluciones N° 388/05 y 26/06, respectivamente;

Que a fojas 1 expresa el área informante que motiva este pedido la necesidad de realizar en forma más constante, tareas de auditoría y fiscalización en terreno desde el área Educativo Terapéutica del Departamento de Rehabilitación y Discapacidad y el Departamento Asistentes Sociales, mejorándose de este modo las prestaciones que reciben los afiliados, en atención a las tareas de asesoramiento y fiscalización que los auditores de este Instituto pueden realizar;

Que asimismo a dichas fojas se expresa que resulta importante destacar que la cobertura otorgada por la prórroga en cuestión debe quedar supeditada a la auditoría central y/o en terreno, así como también que dicha prórroga podrá ser suspendida en cualquier momento, si la prestación que está recibiendo el afiliado no resulta la más adecuada, aclarándose más adelante que dicha suspensión se comunicará

a las Instituciones vía fax o telefónicamente para que las mismas los retiren de la Región que corresponda al domicilio de la Institución;

Que a continuación expresa el área en cuestión, que para el caso de altas o cambios de cobertura, las mismas deberán iniciarse por trámite de excepción, y someterse a la evaluación de los auditores del Área Educativo Terapéutico del Departamento de Rehabilitación y Discapacidad y por el Departamento Asistentes Sociales;

Que asimismo el área informante efectúa la salvedad referente a los afiliados que concurren a Instituciones que no hayan presentado la Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires vigente, o la otorgada por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, los que no podrán acceder a la prórroga automática y deberán presentar trámite para obtener la cobertura, aclarándose a continuación que las Instituciones que no cuenten con la habilitación correspondiente, no tendrán cobertura de esta Obra Social para nuevas altas de afiliados;

Que a fs. 18 toma intervención la Dirección General de Prestaciones, no habiendo formulado objeción alguna a la propuesta en cuestión, y considerando conveniente su oportuna aprobación por el Honorable Directorio de este I.O.M.A.;

Que a fs. 25/26, la Dirección de Relaciones Jurídicas entiende que corresponde el tratamiento de los presentes por el Honorable Directorio, para que, de considerarlo oportuno y conveniente, apruebe la propuesta elaborada por la Dirección de Programas Específicos, prorrogando a partir del 1° de enero de 2007 y hasta el 31 de diciembre de 2007, la cobertura otorgada a los afiliados con discapacidad que concurren a Hogares, Hogares con Centro de Día, Hogares con Centro Educativo Terapéutico, Centros de Día y Centros Educativos Terapéuticos con y sin convenio con este I.O.M.A., para los afiliados que poseen cobertura vigente en el transcurso del año 2006 y que cumplieron los requisitos para acceder a la prórroga otorgada en virtud de lo establecido por las Resoluciones N° 388/05 y 26/06, supeditándose la cobertura otorgada por la prórroga en cuestión, a la auditoría central y/o en terreno correspondiente;

Que el Honorable Directorio en su reunión de fecha 10/01/07, según consta en Acta N° 2, resuelve Prorrogar a partir del 1° de enero de 2007 y hasta el 31 de diciembre de 2007, la cobertura otorgada a los afiliados con discapacidad que concurren a Hogares, Hogares con Centro de Día, Hogares con Centro Educativo Terapéutico, Centros de Día y Centros Educativos Terapéuticos con y sin convenio con este I.O.M.A., para los afiliados que poseen cobertura vigente en el transcurso del año 2006 y que cumplieron los requisitos para acceder a la prórroga otorgada en virtud de lo establecido por las Resoluciones N° 388/05 y 26/06, supeditándose la cobertura otorgada por la prórroga en cuestión, a la auditoría central y/o en terreno correspondiente. Todo ello

cumplimentando el requisito de la presentación de las planillas respectivas, que como Anexos Uno y Dos forman parte integrante de la presente, respetándose a esos fines el cronograma por Región, y la presentación de la restante documentación que asimismo como Anexo Tres forman parte integrante de la presente;

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 7, inciso g) del Decreto 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 1.** Prorrogar a partir del 1° de enero de 2007 y hasta el 31 de diciembre de 2007, la cobertura otorgada a los afiliados con discapacidad que concurren a Hogares, Hogares con Centro de Día, Hogares con Centro Educativo Terapéutico, Centros de Día y Centros Educativos Terapéuticos con y sin convenio con este I.O.M.A., para los afiliados que poseen cobertura vigente en el transcurso del año 2006 y que cumplieron los requisitos para acceder a la prórroga otorgada en virtud de lo establecido por las resoluciones N° 388/05 y 26/06, supeditándose la cobertura otorgada por la prórroga en cuestión, a la auditoría central y/o en terreno correspondiente. Lo expuesto, en virtud de los considerandos que anteceden.

**ARTICULO 2.** Disponer que las solicitudes de alta o cambios de cobertura, deberán iniciarse por trámites de excepción y ser evaluadas por los auditores del Área Educativo Terapéutico del Departamento de Rehabilitación y Discapacidad.

**ARTICULO 3.** Establecer que no podrán acceder a la prórroga automática -debiendo iniciarse el correspondiente trámite para cada uno de los afiliados a los fines de obtener la cobertura por parte de este I.O.M.A. en relación con las prestaciones objeto de la presente resolución- aquellos afiliados que concurren a Instituciones que no hayan presentado la Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires vigente, o la otorgada por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación. Asimismo

aquellas Instituciones que no posean habilitación no tendrán cobertura de esta Obra Social para el otorgamiento de nuevas altas de cobertura a los afiliados.

**ARTICULO 4°.** Establecer como requisito para el otorgamiento de la prórroga automática, la presentación de las planillas que figuran como Anexos 1 y 2 formando parte integrante de la presente, según corresponda, respetándose el cronograma por Dirección Regional y la presentación de la restante documentación que asimismo como Anexo 3 forma parte integrante de la presente.

**ARTICULO 5°.** Registrar. Comunicar a la Dirección General de Regionalización y por su intermedio a las Direcciones Regionales y Delegaciones, Dirección General de Administración, Dirección General de Prestaciones, Dirección de Programas Específicos y demás Direcciones intervinientes. Publicar, dar al Boletín Oficial y al SINBA. Cumplido, archivar.

**RESOLUCIÓN N° 0066/07**

**INSTITUCION**

<b>DIRECCION</b>	<b>TELEFONO</b>	<b>LOCALIDAD</b>	<b>fecha de ingreso</b>	
<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	<b>N° AFILIADO</b>	<b>DIRECCION</b>	<b>TELEFONO</b>	<b>LOCALIDAD</b>

<b>MODALIDAD DE CONCURRENCIA:</b>	

<b>DIAGNOSTICO (TIPIFICAR)</b>	

<b>PATOLOGIAS ASOCIADAS</b>	

<b>Características significativas del estado actual</b>	

<b>ANTECEDENTES INSTITUCIONALES</b>			
<b>ESCUELAS</b>	<b>OTROS CENTROS</b>	<b>AÑOS</b>	<b>MOTIVO DE BAJA ESCOLAR</b>
			Egreso
			Derivación
			Deserción

**EVALUACIÓN POR ÁREAS**

<b>AREA MEDICA</b>		
Apellido y Nombre del profesional	Matrícula	
Frecuencia de control		
Medicación:	dosis	frecuencia

<b>AREA PSICOLOGICA</b>	
Apellido y Nombre del profesional	Matrícula
Tipo de abordaje	
Objetivos/Plan de trabajo	

<b>Frecuencia de atención</b>	<b>Menos de 2 hs semanales</b>	<b>De 2 a 5 hs semanales</b>	<b>Más de 5 hs. semanales</b>
individual			
grupal			
familiar			

Deja indicaciones	si	no
-------------------	----	----

A Quien?	cuales?
----------	---------

### AREA KINESIOLOGICA

Apellido y Nombre del profesional	Matrícula
-----------------------------------	-----------

Frecuencia	
Individual	Grupal

Deja indicaciones	si	no
A Quien?	cuales?	

### AREA SOCIAL

Apellido y Nombre del profesional	Matrícula
-----------------------------------	-----------

Entrevistas Familiares	Frecuencia
------------------------	------------

Actividades de inserción	si	no
	Familiar	
	Comunitario	
	Laboral	

Ubique la problemática fundamental de intervención:
---

### AREA DE TERAPIA

#### OCUPACIONAL

Apellido y Nombre del profesional
-----------------------------------

AVD - movilidad	solo	con ayuda	dependiente
higiene personal			
vestimenta			
desplazamiento			
alimentación			

Ayudas técnicas
-----------------

Frecuencia de la atención	
Individual	Grupal

Deja indicaciones	si	no
A Quien?	cuales?	

### AREA DE EDUCACIÓN FÍSICA

Apellido y Nombre del profesional
-----------------------------------

Actividades recreativas en las que participa
--

Juegos reglados en los que participa:
---------------------------------------

Actividad deportiva formalizada:
----------------------------------

### AREA FONOAUDIOLÓGICA

Apellido y Nombre del profesional	Matrícula
-----------------------------------	-----------

Características de la comunicación:
-------------------------------------

Frecuencia de la atención	
Individual	Grupal

Deja indicaciones	si	no
A Quien?	cuales?	

**AREA PSICOPEDAGOGICA**

Apellido y Nombre del profesional	Matrícula
-----------------------------------	-----------

Frecuencia de la atención

Individual	Grupal
------------	--------

Deja indicaciones	si	no
A Quien?	cuales?	

**MUSICOTERAPEUTA**

Apellido y Nombre del profesional
-----------------------------------

Frecuencia de la atención

Individual	Grupal
------------	--------

Deja indicaciones	si	no
A Quien?	cuales?	

**TALLERES**

Participa en talleres.	si	no
------------------------	----	----

Cuales?


**INTEGRACIÓN**

Participa en actividades, encuentros, etc con otros grupos, describalas
---

La institucion participa de la organización
---



**CRONOGRAMA DE PRESENTACIÓN DE PLANILLAS POR REGION:**

REGIONES	FECHA DE PRESENTACIÓN
La Plata, Dolores, Olavarría	31 de marzo de 2007
Pergamino, San Isidro, Cap. Federal	30 de abril de 2007
Saladillo, Lomas de Zamora, Bahía Blanca	31 de mayo de 2007
Pehuajó, Junín, Gral Pueyrredón	30 de junio de 2007
Morón, La Matanza	31 de julio de 2007

**DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:** Amen las planillas integrantes de los anexos 1 y 2 de la presente, las Instituciones deberán presentar un cronograma de actividades por grupo en el que figuren los afiliados, listado de profesionales con días y horarios de concurrencia. En caso que la información enviada sufra algún tipo de modificación, deberá ser comunicada a la brevedad al Departamento de Discapacidad y Rehabilitación (Area Educativo Terapéutico) de I.O.M.A. Central.

Toda la documentación requerida reviste el carácter de declaración jurada y deberá ser presentada por escrito con la firma del equipo interviniente y en soporte magnético o vía correo electrónico a la casilla [sociales@ioma.gba.gov.ar](mailto:sociales@ioma.gba.gov.ar). La información requerida por vía informática será enviada directamente al Departamento de Discapacidad, mientras que la presentación escrita será vehiculizada a través de las Regiones I.O.M.A. correspondientes, quienes la ingresarán al sistema.

En caso de incumplimiento de la requisitoria, la Institución quedará fuera del circuito de liquidación, hasta tanto se cumplimenten los requisitos faltantes.

**REQUISITOS DE FACTURACIÓN:**

En este concepto las instituciones deberán presentar lo siguiente:

1. Factura Tipo B o C
2. Verificación afiliatoria de cada afiliado
3. Planilla de asistencia firmada en conformidad por el padre del afiliado o tutor
4. Planilla de resumen mensual.