

LA PLATA

VISTO el expediente N° 2914-26500/08, iniciado por la Dirección General de Administración, caratulado: “ELEVA PROPUESTA DE MODIFICACION DE VALORES Y FORMA DE AUTORIZACION DE LAS PRESTACIONES DE TRASLADO”, y

CONSIDERANDO:

Que tratan las presentes actuaciones de la propuesta presentada por la Dirección de Programas Específicos, tendiente a la modificación de los valores y forma de autorización de la prestación de “traslados” de afiliados, con exclusión de los que se realicen por intermedio de Hospitales Públicos Provinciales y Municipales y de los convenios IOMA-FECLIBA y ACLIBA;

Que señala la dirección propiciante los inconvenientes que acusa el sistema actual, entre los que destaca la desactualización de los valores, que acarrea constantes reconsideraciones de cobertura con necesaria intervención del Honorable Directorio; centralización de la autorización y no inclusión del traslado de afiliados en sillas de ruedas; como así tampoco el tiempo de espera, concluyendo en que la propuesta no solo abarca la readecuación de los valores sino aspectos prestacionales y administrativos para la agilización de la obtención de esta prestación, saneando así los inconvenientes detectados, que agrupa en arancelarios y geográficos y comunicacionales. Estos últimos, procurando atender las condiciones de “local” y/o “regional” que reúne el traslado, condicionado por los transportes disponibles en el lugar donde debe realizarse y el conocimiento de los destinos y distancias entre los distintos efectores;

Que por ello, se amplían en la propuesta las modalidades de traslados con las variantes: con/sin médico; con/sin espera y otros casos como los transportes para personas discapacitadas de hasta veinte (20) pasajeros (combis y

transportes colectivos; traslados con sillas de ruedas, automóvil habilitado para traslado de pasajeros);

Que finalmente se contempla la delegación de la autorización (incluyendo los reintegros), en los Directores Regionales, excluyendo el traslado de afiliados a Centros de Día y Escuelas Especiales. Los traslados para rehabilitación, sólo serán autorizados por la Región cuando no superen los tres (3) meses. El pago de las prestaciones continúa como en la actualidad;

Que la Dirección General de Prestaciones propicia la continuidad del trámite en su intervención de fojas 18;

Que a fojas 20, la Dirección General de Administración, emite informe de su competencia, determinando el impacto presupuestario del gasto que arrojaría el aumento propuesto y, en función del mismo, considerándolo en un promedio del cuarenta y seis por ciento (46%), remite las actuaciones a la Dirección de Finanzas para proceder a la imputación respectiva en las partidas presupuestarias, por el período septiembre-diciembre de 2008, reflejada en la planilla del sistema informático obrante a fojas 21;

Que llamada a intervenir la Dirección de Relaciones Jurídicas, no encuentra objeciones que formular desde el punto de vista de su competencia, estimando que de compartir el criterio expuesto, puede el Honorable Directorio aprobar el nuevo régimen de cobertura de traslados de afiliados, comprensivo de las modalidades y/o categorías, exclusiones, valores, normas operativas de procedimiento y demás consideraciones formuladas por la Dirección de Programas Específicos de fojas 4 a 17 de las presentes actuaciones, las que deberán conformar los anexos pertinentes del acto administrativo a dictarse en consecuencia. Todo bajo la responsabilidad de los funcionarios comprometidos en la gestión;

Que el Honorable Directorio, en su reunión de fecha 17 de septiembre de 2008, según consta en Acta N° 38, RESOLVIO: aprobar el nuevo régimen de cobertura de traslados de afiliados, con exclusión de los traslados realizados a través de Hospitales Provinciales y Municipales y de los convenios

IOMA-FECLIBA-ACLIBA, cuya propuesta luce adjunta a fojas 4/17 y que deberá conformar los correspondientes Anexos del acto administrativo a dictarse, con vigencia a partir del 1º de septiembre de 2008; y delegar la firma a los Directores Regionales para los trámites de reintegros o autorización de traslados en ambulancia y en automóvil, con exclusión del traslado de afiliados que concurren a centros de día y escuelas especiales, los cuales se seguirán autorizando a nivel central;

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 7, incisos f) y g) de 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. Aprobar el nuevo régimen de cobertura de traslados de afiliados, con exclusión de los traslados realizados a través de Hospitales Provinciales y Municipales y de los convenios IOMA-FECLIBA-ACLIBA, que se especifica en los siguientes Anexos integrantes de la presente Resolución: Anexo 1: modalidades y valores; Anexo 2: consideraciones generales; Anexo 3: documentación requerida; Anexo 4: exclusiones; Anexo 5: documentos estandarizados (solicitud de autorización de transporte, acta de autorización y disposición de reintegro) y Anexo 6: circuito de autorizaciones de traslados -transporte en ambulancia – automóvil de transporte- y circuito de reintegro de traslado, atendiéndose el gasto que demandará con la siguiente imputación presupuestaria: ENT 200, PRG 1, SPRG 1, AES 1, F 3, F 1, P 1, F 2, PP 3, S 4, P 8,. Ello, de conformidad con los considerandos que anteceden.

ARTICULO 2°. Delegar la firma a los Directores Regionales para los trámites de reintegro o autorización de traslados en ambulancia y en automóvil, con exclusión del traslado de afiliados que concurren a centros de día y escuelas especiales, los cuales se seguirán autorizando a nivel central.

ARTICULO 3°. Registrar. Comunicar a la Dirección General de Prestaciones y por su intermedio a la Dirección de Programas Específicos, a la a la Dirección General de Administración, a la Dirección General de Regionalización y a las Direcciones Regionales. Pasar para conocimiento de las restantes direcciones intervinientes. Publicar, dar al Boletín Oficial y al SINBA. Cumplido, archivar.

RESOLUCIÓN N°

ANEXO 1

MODALIDADES Y VALORES DE TRANSPORTE

1. TRASLADO EN AMBULANCIA

EN CIUDAD AUTÓNOMA (TANTO ORIGEN COMO DESTINO)

DISTANCIA	SIN MÉDICO	CON MÉDICO	UTIM
Hasta 25 kms.	\$ 73	\$ 130	\$ 211
De 26 hasta 35 kms.	\$ 85	\$ 148	\$ 219
De 36 hasta 45 kms.	\$ 103	\$ 165	\$ 247
De 45 hasta 60 kms.	\$ 120	\$ 182	\$ 270

Km. adicional	\$ 3	\$ 5	\$ 5,5
---------------	------	------	--------

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.

VALORES POR HORA DE ESPERA ADICIONAL

HORA ADICIONAL	SIN MÉDICO	CON MÉDICO	UTIM
	\$ 25	\$ 45	\$ 75

EN INTERIOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DISTANCIA	SIN MÉDICO	CON MÉDICO	UTIM
Hasta 25 kms	\$ 84	\$ 134	\$ 232
De 26 hasta 35 kms	\$ 98	\$ 148	\$ 242
De 36 hasta 45 kms	\$ 119	\$ 168	\$ 279
De 45 hasta 60 kms	\$ 138	\$ 186	\$ 297

Km. adicional	\$ 3	\$ 5	\$ 5,5
---------------	------	------	--------

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 descritos a continuación.

VALORES POR HORA DE ESPERA ADICIONAL

HORA ADICIONAL	SIN MÉDICO	CON MÉDICO	UTIM
	\$ 25	\$ 45	\$ 75

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) \$ 145/mes
- b. Transportes para Discapacitados en Combis y transportes colectivos de hasta 20 pasajeros.
Para recorridos mayores de 6 km. Diarios \$ 1,14/km.
- c. Transportes para Discapacitados para sillas de ruedas \$ 2,5/km.
- d. Automóvil con habilitación para traslado de pasajeros \$ 2/km.

ANEXO 2

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 3 del Anexo 3.
5. **Solicitud de Reintegro:** se reconocerán los trámites cuya fecha de iniciación no supere los 90 días posteriores a haberse realizado la prestación, y de acuerdo a las normativas y circuito actuales de La Resolución 1505/04 (“Normas Generales de Reintegros”).
Se liquidará y abonará en la Región correspondiente.
6. **Solicitud de Autorización:** Podrá ser realizada por el director de Región, sin auditoría Central según Resolución vigente en los casos de: Traslados en ambulancia, traslados para rehabilitación hasta tres meses de tratamiento, traslados en automóvil para pasajeros siempre que la misma no sea para afiliados que concurren a Centros de Día o Escuela Especial.
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.
El trámite deberá permanecer en la Región a la espera de la primera facturación por parte del prestador, en ese momento se adjuntará a la factura y certificación de la prestación por parte del afiliado responsable y se enviarán toda la documentación al IOMA Central para su liquidación y posterior pago.
7. Todo trámite de solicitud de transporte ya sea por Reintegro o Autorización deberán ser cargados en el sistema SOL.

DOCUMENTACION REQUERIDA

A los efectos del reconocimiento de los traslados solicitados por el afiliado, incluidos en el Anexo I, 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).
- 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) Presupuesto a nombre del beneficiario si es por vía de autorización previa.
- f) 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.
- g) 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. En los pedidos de 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. En 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.

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

- Certificado de Discapacidad
- Aclaración de kilometraje diario y mensual.
- Habilitación correspondiente, en caso de tratarse de traslado en automóvil habilitado para transporte de pasajeros.

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 3 Anexo 3 (DOCUMENTACION REQUERIDA)
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 2. (CONSIDERACIONES GENERALES)

EJEMPLARES DE PLANILLAS

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

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

Firma y sello

Fecha: ___ / ___ / ___

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: _____

Firma y sello

Fecha: ___ / ___ / ___

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

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:

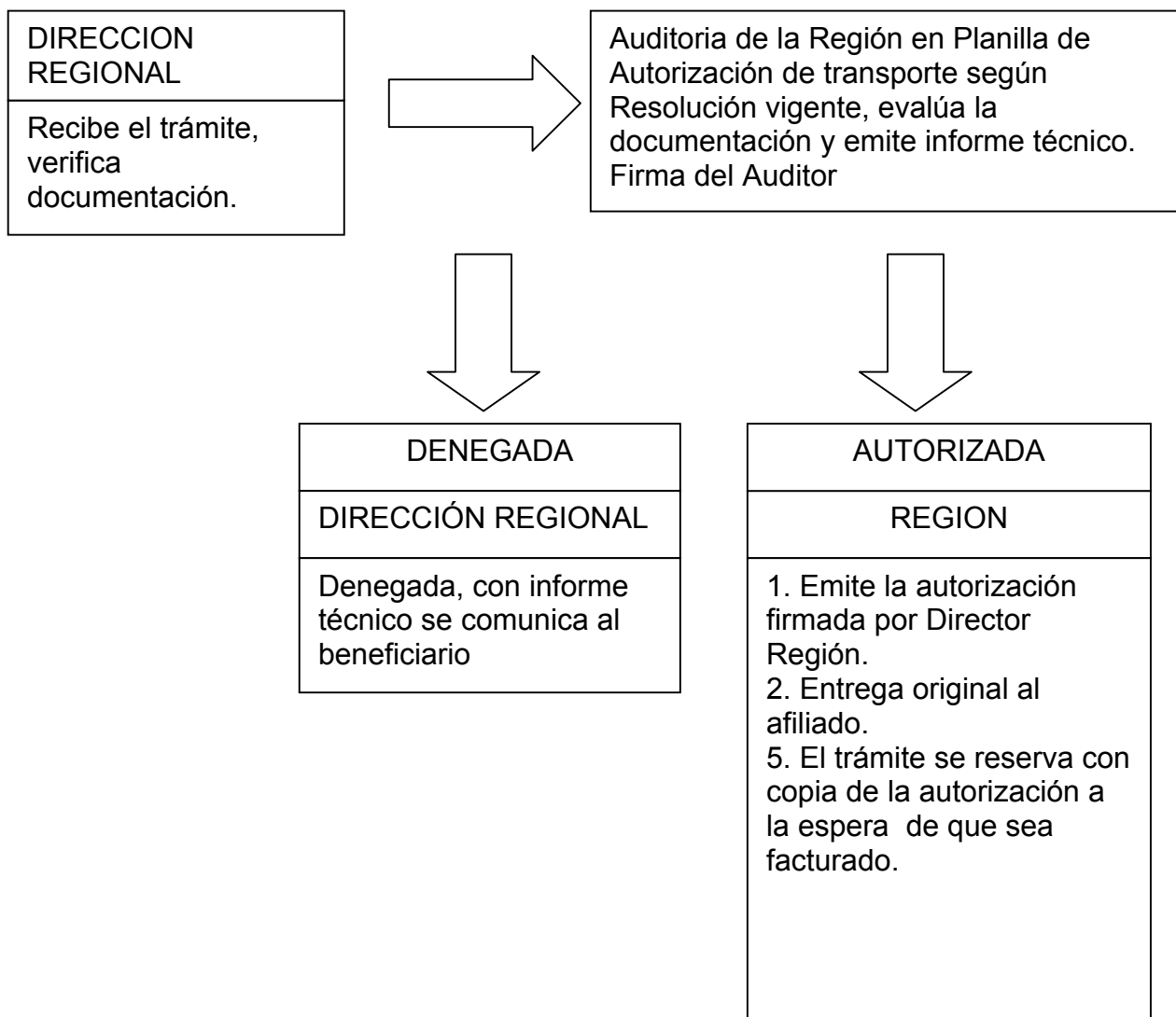
Artículo 1: Hacer lugar al reintegro solicitado por el afiliado ----- otorgando un monto de **PESOS** ----- (**\$-----**), en concepto de Traslado en ----- correspondiente al mes de ----- en virtud de los considerandos expuestos.

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

DISPOSICIÓN N°.....

ANEXO 6

CIRCUITO DE AUTORIZACIONES DE TRASLADOS/TRANSPORTE EN AMBULANCIA - AUTOMOVIL DE TRANSPORTE



1. La Planilla de Autorización de traslado es para auditoría de Región. De uso exclusivo del IOMA. En ningún caso se le entrega al afiliado: ni en blanco y mucho menos una vez auditada.
2. Si los requisitos para acceder a la prestación no son cumplimentados, en primer lugar se informa al afiliado. Si se deniega la prestación se archiva en Región. No se envía a Central.
3. Las coberturas totales, las decide el H. Directorio, luego de la reconsideración de un tte. otorgado al 100% valores IOMA, según resolución vigente.

CIRCUITO DE REINTEGRO DE TRASLADO

