

LA PLATA, 24 DIC 2012

VISTO el expediente N° 2914-19655/07 alc. 3/11, iniciado por EL COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE LA PCIA DE BS. AS., caratulado: "ELEVA PROPUESTA DE MODIFICACION DE CONVENIO ENTRE IOMA-COKIBA (REF. PROYECTO DE MODIFICACION DEL CONVENIO VIGENTE CON EL COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE LA PCIA DE BS. AS.)", y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones, el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires solicita la recomposición en el valor de los aranceles de la prestación kinesiológica;

Que a fojas 21/39, luce Acta de Comisión Mixta IOMA-COKIBA y sus Anexos 1 y 2 mediante la cual las partes acuerda la incorporación de un módulo para pacientes discapacitados que acrediten su condición de tales;

Que a fojas 40 y 58, la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria informa que la modificación se basa en la demanda prestacional generada por pacientes con algún grado de discapacidad y consiste en ampliar las prestaciones que actualmente se brindan a través de la incorporación del módulo (6) seis para la atención de pacientes discapacitados. Asimismo manifiesta que el gasto promedio mensual podría estipularse en pesos cien mil seiscientos noventa y ocho (\$100.698);

Que a fojas 48, la Dirección General de Prestaciones sugiere que debería otorgarse curso favorable a lo solicitado;

Que a fojas 68/72 obra copia de convenio vigente entre IOMA y el Colegio de Kinesiólogos de la provincia de Buenos Aires;

Que a fojas 107 se adjunta Proyecto de Adenda que recepta la propuesta en cuestión;

Que a fojas 110 y vuelta dictamina la Asesoría General de Gobierno, a fojas 112 informa la Contaduría General de la Provincia y toma vista el fiscal de Estado a fojas 114 y vuelta;

64 15 / 12

Que a fojas 120 y vta., la Dirección de Relaciones Jurídicas considera que pueden suscribirse los ejemplares del Acta Acuerdo por las partes intervinientes, agregándose la documentación justificante de la representación y facultades invocadas por la persona que suscribirá el acuerdo en nombre de COKIBA y posteriormente el Honorable Directorio prestarle formal aprobación;

Que a fojas 122 la Dirección General de Administración remite las presentes a la Dirección de Finanzas a los fines de tomar el compromiso preventivo por la suma de pesos quinientos tres mil cuatrocientos noventa (\$503.490) por el periodo agosto-diciembre/2012;

Que a fojas 123, se agrega Comprobante de Contabilización Preventivo del gasto demandado que será atendido con la siguiente imputación presupuestaria: ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Fuente de Financiamiento 1.2 Par 8 Presupuesto General Ejecutivo 2012 Ley N° 14.331;

Que a fojas 127 el Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 5 de septiembre de 2012, según consta en Acta N° 36, resolvió aprobar la Adenda al convenio celebrado entre el IOMA y el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires (COKIBA) mediante la cual se establece la incorporación al Convenio Marco suscripto en fecha 28 de abril de 1994, el módulo VI para pacientes discapacitados, que acrediten su condición de tales a través de certificado de discapacidad oficial de Provincia o Nación o credencial de discapacitado otorgada por IOMA conforme los lineamientos establecidos en los Anexos 1 y 2. La Adenda y sus Anexos formarán parte del acto administrativo a dictarse como Anexo Único.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en el art. 7 inc f), g) y conchs. de la Ley N° 6982 (T.O. 1987).

Por ello,

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

64 15 / 12

ARTICULO 1º. Aprobar la Adenda al Convenio celebrado entre el IOMA- y el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires (COKIBA) y su correspondientes Anexos 1 y 2, que como Anexo Único formará parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2º. El gasto demandado será atendido con la siguiente imputación presupuestaria: : ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1 , Principal 3, Subprincipal 4, Fuente de Financiamiento 1.2 Par 8 Presupuesto General Ejecutivo 2012 Ley N° 14.331;

ARTICULO 3º. Registrar. Notificar a la interesada y a la Fiscalía de Estado. Comunicar a la Asesoría General de Gobierno, a la Contaduría General de la Provincia. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N°

1 64 15 / 12


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



ADENDA MODIFICATORIA

IOMA – COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En la ciudad de La Plata, a los 05 días del mes de SEPTIEMBRE de 2012, entre el **INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**, en adelante "el IOMA", representado por el señor Presidente Doctor Antonio LA SCALEIA, por una parte, con domicilio legal en calle 46 N° 886 de esta ciudad, por una parte; y el **COLEGIO DE KINESIOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (COKIBA)**, con domicilio legal en Diagonal 74 N° 783 de esta ciudad, representado legalmente en este acto por LIC. GRACIELA J. MEROI, en su carácter de PRESIDENTE, por la otra, acuerdan celebrar la presente ADENDA, sujeta a las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Las partes acuerdan incorporar al Convenio Marco suscripto en fecha 28 de abril de 1994, el módulo VI para pacientes discapacitados, que acrediten su condición de tales, a través de certificado de discapacidad oficial de Provincia o Nación o credencial de discapacitado otorgada por IOMA, conforme los lineamientos establecidos en los Anexos 1 y 2 que forman parte integrante de la presente.

SEGUNDA. Se ratifica expresamente la vigencia del Convenio Marco mencionado en la cláusula primera, y sus Adendas Complementarias y/o Modificatorias, en todo cuanto no sea objeto de modificación por la presente.

TERCERA. La presente Adenda entrará en vigencia a partir de su aprobación por el Honorable Directorio del IOMA.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD SE FIRMAN DOS (2) EJEMPLARES DE UN MISMO TENOR Y A UN SOLO EFECTO, EN EL LUGAR Y FECHA INDICADOS EN EL ENCABEZAMIENTO.-


Lic. MEROI GRACIELA J.
Presidente


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

ANEXO 1

**CONVENIO IOMA –COKIBA
DISCAPACIDAD**

MODULO 6

Se encuentran incluidos en este módulo, todos aquellos pacientes con discapacidad total o parcial que por prescripción médica soliciten rehabilitación kinésica debido a:

- Patologías de origen Traumatológico
- Patologías Neuro-Ortopédicas
- Patologías de origen Respiratorio
- Patologías de origen Neurológico

Se contemplaran estas patologías tanto congénitas como adquiridas siempre que adjunten certificado de discapacidad oficial (de Provincia o Nación) o Credencial de Discapacitado otorgada por IOMA.

Cantidad de sesiones: Hasta 12 sesiones mensuales.

NOTA: El módulo de 12 sesiones incluye la atención integral del paciente de una o varias patologías asociadas.

Frecuencia: hasta 3 sesiones semanales.

En el caso de la Fibrosis Quística quedará sujeto a la Auditoría otorgar un máximo de 2 sesiones diarias.

La Rehabilitación respiratoria podrá contemplar un máximo de 30 sesiones mensuales siempre que lo justifique el diagnóstico Médico y la evaluación Kinésica, sujeto a la Auditoría.



Cuando se trate de un paciente que curse un post quirúrgico Neuro-Ortopédico o una Aplicación de Bótox que requiera rehabilitación inmediata para efectivizar el tratamiento, se contemplarán 20 sesiones mensuales a razón de 3 sesiones semanales por un término de 6 meses únicamente en pediátricos(entiéndase pacientes hasta 15 años inclusive)

Si la solicitud estuviera fuera de esta normativa se evaluará por Auditoria otorgar la Autorización

NORMATIVAS DEL MODULO 6

1. Orden médica con firma y sello del médico tratante por lo cuál se solicita la práctica Kinésica, fecha y datos completos del paciente, edad, indicación de tratamiento, frecuencia, tiempo estimado del mismo y diagnóstico.
2. Resumen de historia clínica con tiempo de evolución de la patología
3. Fotocopia del Certificado de Discapacidad total o parcial o Credencial de discapacitado otorgada por IOMA.
4. La frecuencia de tratamiento será justificada según la patología y su estadio, esta frecuencia de todos modos quedará sujeta a evaluación de Auditoria.
5. Serán contempladas todas las prácticas de Kinesiología, tanto la Kinesioterapia como la Fisioterapia que se indique o que el Kinesiólogo crea conveniente para la rehabilitación.
6. Los tratamientos serán individuales.
7. Para la renovación de la práctica se deberá presentar evolución médica y Kinesiológica que justifique la continuidad de tratamiento.
8. Quedan excluidos todos aquellos pacientes que se encuentren bajo el régimen de rehabilitación interdisciplinaria, en donde la práctica Kinésica se facture por Módulo de (Centro de Rehabilitación)

NORMATIVAS DEL MODULO 6 PARA LA PRESTACION EN DOMICILIO .

Se respetaran las mismas normas que en el tratamiento ambulatorio, con la diferencia que en la orden médica el tratamiento prescripto deberá expresar la indicación de **prestación domiciliaria** y en la historia clínica justifique dicha solicitud por las cuales el paciente no puede realizar una rehabilitación ambulatoria.

Se excluyen en este módulo todos aquellos pacientes que reciben prestaciones por empresas de internación domiciliaria.

AUTORIZACION DE LAS PRESTACIONES:

Quedarán a cargo del Colegio de Kinesiólogos, quién efectuará la correspondiente verificación y relevamiento de datos estadísticos para acceder a la autorización de la prestación.

El afiliado presentará en el consultorio del Kinesiólogo tratante, o en su defecto ante el mismo en el Domicilio, la documentación correspondiente para acceder a la autorización de las prestaciones ambulatorias o domiciliarias

1. Orden médica y Resumen de Historia Clínica
2. Credencial de IOMA
3. Fotocopia del Certificado de discapacidad o de la credencial de discapacitado otorgado por IOMA
4. El Paciente deberá firmar la planilla de asistencia de conformidad por la atención recibida en el consultorio o en el domicilio.

- El afiliado, **NO ABONARA SUMA ALGUNA EN CONCEPTO DE COPAGO, ESTE ESTARA A CARGO DE IOMA.**

VALOR DEL MODULO 6 DE DISCAPACIDAD

POR 12 SESIONES

\$ 840,00

El monto del adicional por atención a domicilio de acuerdo a lo normado en el presente y lo establecido en el modulo 5, debe ser facturado junto con el presente modulo.



ANEXO 2

NORMAS DE TRABAJO Y NORMAS DE FACTURACION

MODULO 6

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.

CAPITULO I

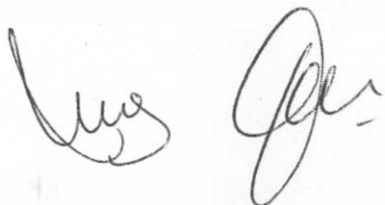
AUTORIZACION PREVIA DE LAS PRESTACIONES

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), fotocopia del certificado de discapacidad, o credencial de discapacitado que le otorga IOMA, edad del beneficiario, diagnóstico e indicación de tratamiento de 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 EN FORMA CLARA , VISIBLE Y LEGIBLE. Al mismo tiempo el operador asignará cantidad de sesiones.** 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), fotocopia del certificado de discapacidad, o de la credencial de discapacitado que le otorga IOMA 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 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, 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-Fotocopia del Certificado de Discapacidad o credencial de discapacitado otorgada por IOMA

6- 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.-

Verificación 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 (Af.Voluntarios)

En estos casos puntuales la “autorización previa” de la prestación se efectivizará una vez recibida en Sede Central, via 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, por intermedio de COKIBA, deberán estar respaldados por recibos o facturas del Profesional.

Registro de prestaciones

El profesional actuante deberá dejar constancia de la práctica 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
- ✓ Periodo 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, numero 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 Medica 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 número 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. Falta del certificado de discapacidad
 6. falta consignar la edad del paciente para la identificación del módulo
 7. Profesional no adherido
 8. Falta de comprobantes
 9. Falta de valoración de comprobantes
 10. Error de facturación de modulo

11. Comprobante de otro mes de prestación
12. Falta orden de prescripción médica
13. No se justifica técnicamente de acuerdo a auditoria especializada
14. Profesional sancionado
15. Falta de historia clínica evolucionada
16. La auditoria especializada requiere protocolo quirúrgico y/o historia clínica;
se adjunta solicitud de auditor.
17. Omitió facturar
18. Presenta la mayor parte de las prestaciones enmiendas y/o errores
19. Falta de diagnostico de la practica
20. Los comprobantes deben enviarse consignando todos los datos indicados.
21. alta consignar fecha y hora en los comprobantes
22. Falta documentación respaldatoria
23. Diferente categoría afiliatoria
24. Orden vencida.
25. Orden médica incompleta: no se indica cantidad de sesiones para el
tratamiento kinésico.
26. Orden medica incompleta: no se consigna diagnostico, no se consigna
tratamiento
27. Orden medica incompleta: no se consignan datos del paciente diagnostico y
evolución de la patología
28. Superposición de diagnostico, no aclara el modulo a tratar.
29. Prestación domiciliaria: el diagnostico no justifica
30. 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.

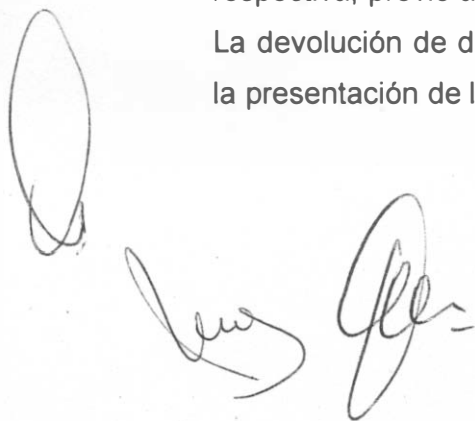
6) Requisitos para los reclamos

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	ANIOMESPRE	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	FECHAFAC	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	n° 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
ANIMESPRES	año mes de la prestación
NRO_BONO	n° de bono
FECHAEMI	fecha emisión del bono
CATEGORÍA	categoría del profesional facturada
NRO_AFILIA	n° 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	n° de lote o caja de ingreso de documentación
SOLICITA	matrícula que solicito la prestación