

LA PLATA, 30 OCT 2015

VISTO el expediente N° 2914-4622/15, iniciado por DIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES, caratulado: "READECUACION DE ARANCELES DE PRESTACIONES DOMICILIARIAS INDIVIDUALES PARA AFILIADOS DEL IOMA y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones se gestiona la propuesta de modificación de la normativa que regula las Prestaciones Domiciliarias Individuales recibidas por los afiliados del IOMA, en las modalidades de Enfermero, Cuidador Domiciliario y Acompañante Terapéutico;

Que a fojas. 2 la Dirección de Programas Específicos merita el pedido de modificación en la necesidad de readecuar los aranceles vigentes, a fin de garantizar la continuidad del servicio, dado que según el relevamiento presupuestario los valores se encuentran desactualizados para estas prestaciones y se dificulta el acceso de los afiliados a las mismas. Por ello en la propuesta de aumento se contempla un incremento promedio de un treinta y cinco por ciento (35%). Ello representa un aumento en el gasto mensual para estas prestaciones de pesos dos millones ciento sesenta mil noventa y cinco (\$2.160.095). Se propicia asimismo la entrada en vigencia de la modificación a partir del 1° de Octubre de 2015. Por último se propone dejar sin efecto los alcances y aranceles obrantes en la resolución N° 1978/15;

Que a fojas 3 a 90 se adjunta el proyecto de modificación compuesto de cinco anexos;

Que a fojas 91/165 se agrega copia de la Resolución N°1978/15, de la cual se propicia su derogación;

Que la Dirección General de Prestaciones no efectúa objeciones y estima que debe darse curso favorable a la propuesta;

**58 30 / 15**

Que a fojas. 166 la Dirección General de Administración, estima que debe tomarse compromiso preventivo a partir de Octubre de 2015 a diciembre de 2015, por un monto mensual de pesos dos millones ciento sesenta mil noventa y cinco (\$ 2.160.095), lo que representa un monto total de pesos seis millones cuatrocientos ochenta mil doscientos ochenta y cinco (\$ 6.480.285), adjuntándose, por parte de la Dirección de Finanzas;

Que a fojas 167 se agrega la siguiente partida presupuestaria: EN 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2015 Ley N° 14.652;

Que a fojas 169, la Dirección de Relaciones Jurídicas no tiene desde el punto de vista de su competencia observaciones que formular, entendiendo que el Directorio puede aprobar la propuesta en cuestión;

Que el Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 28 de octubre de 2015, según consta en Acta N.° 43, RESOLVIÓ: Derogar la Resolución N° 1978/15 y aprobar la propuesta de modificación de la normativa que regula las Prestaciones Domiciliarias Individuales recibidas por los afiliados del IOMA, en las modalidades de Enfermero, Cuidador Domiciliario y Acompañante Terapéutico, conforme el proyecto detallado en los anexos 1 a 5, los que como Anexo único formarán parte del acto administrativo a dictarse.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en el artículo. 7° inc. g) 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

ARTICULO 1°. Derogar la Resolución N° 1978/15 y aprobar la propuesta de modificación de la normativa que regula las Prestaciones Domiciliarias Individuales recibidas por los afiliados del IOMA, en las modalidades de Enfermero, Cuidador Domiciliario y Acompañante Terapéutico, conforme el proyecto detallado en los anexos 1 a 5, los que como Anexo único

58 30 / 15

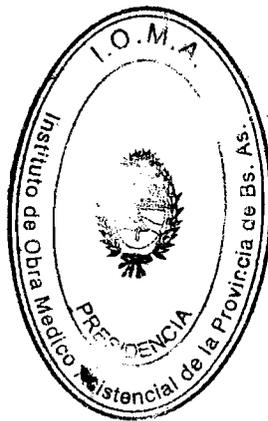
formarán parte de la presente Resolución, ello en virtud de los considerandos que anteceden.

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, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2015 Ley N° 14.652.

ARTICULO 3º Registrar. Comunicar a la Dirección de Programas Específicos, a la Dirección General de Prestaciones, Por la Dirección General de Regionalización comunicar a las Direcciones Regionales y Delegaciones de IOMA. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N°

58 30 / 15




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

CUIDADOR DOMICILIARIO

ANEXO I. DE LA PRESTACIÓN

- A. INTRODUCCION
- B. OBJETIVOS
- C. ALCANCES DE LA COBERTURA
- D. AMBITO DE LA PRESTACIÓN
- E. TAREAS INHERENTES AL CUIDADOR DOMICILIARIO
- F. OBLIGACIONES DE LA RED PRIMARIA DE APOYO
- G. MARCO JURIDICO

ANEXO II. AUTORIZACIÓN Y VALORES

- A. VALORES
- B. TOPES DE COBERTURA

ANEXO III. NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACIÓN

- A. ACCIONES DEL IOMA PARA IMPLEMENTAR LA COBERTURA
- B. BUSQUEDA DEL CUIDADOR DOMICILIARIO
- C. REGLAS GENERALES DE ACCESO
- D. REQUISITOS
- E. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN
- F. CIRCUITOS

ANEXO IV. PLANILLAS

- PLANILLA 1. INDICACIÓN DE CUIDADOR DOMICILIARIO
- PLANILLA 2. SOLICITUD DE CUIDADOR DOMICILIARIO
- PLANILLA 3. INFORMACIÓN DEL CUIDADOR DOMICILIARIO
- PLANILLA 4. AUDITORÍA REGIONAL
- PLANILLA 5. AUDITORÍA CENTRAL.

ANEXO V. FACTURACIÓN

- A. NORMAS DE FACTURACION PARA EL CUIDADOR DOMICILIARIO
- B. NORMAS DE REFACTURACIÓN PARA EL CUIDADOR DOMICILIARIO
- C. ELEVACIÓN DEL TRÁMITE DE FACTURACIÓN A IOMA CENTRAL

5830 / 15

DE LA PRESTACIÓN**A. INTRODUCCIÓN**

Desde la Dirección de Programas Específicos de este IOMA y en el marco del Convenio de Colaboración entre este Instituto y la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación para la utilización del recurso humano formado por ese organismo, se propone brindar cobertura de Cuidador Domiciliario para afiliados dependientes de terceros tanto Adultos Mayores como de 18 a 59 años de edad otorgando respuesta de cobertura prestacional adecuada a la población mencionada dentro de estándares de calidad y nivel operativo equitativo en el acceso a la atención.

Cabe destacar el esfuerzo que esta Obra Social desarrolla a través de la regulación y normalización de prestaciones que se vienen otorgando dentro del marco legal vigente en pos de efectivizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas destinatarias, partiendo de la convicción de que el derecho a la salud es el eje que atraviesan las políticas públicas a las que adhiere el Instituto.

Las características de la población de interés justifican un abordaje centrado en el cuidado domiciliario puesto que se intenta potenciar y privilegiar la asistencia domiciliaria, favorecer la inclusión en la comunidad, evitar el aislamiento o separación de su entorno más cercano, favorecer la mejor calidad de vida de nuestros afiliados.

Las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones de Cuidadores Domiciliarios como las que se propone cubrir a través de la presente propuesta han demostrado que la salud de los afiliados tiene una buena evolución e impacta de forma significativa en el mejoramiento de su condición de vida y de su red primaria de apoyo (familiares y/o grupo de pertenencia).

La cobertura de Cuidador Domiciliario para afiliados dependientes de terceros tanto Adultos Mayores como de 18 a 59 años de edad que se realizaba por vía administrativa de excepción, con resolución final del Honorable Directorio traía tardanzas en respuestas a los trámites de solicitud de la cobertura e inequidad en valores entre otros inconvenientes. La implementación del presente proyecto tiene la finalidad de reordenar las coberturas prestacionales recibidas por esta población, brindar cobertura sin dilaciones temporales innecesarias, normalizar la cobertura y agilizar los circuitos administrativos de respuesta.

El relevamiento de solicitudes que ingresan por vía de excepción y de la calidad prestacional recibida por el afiliado arrojó la importancia de brindar atención en domicilio dado el impacto positivo generado en la calidad de vida del afiliado y su red primaria de apoyo.

Por último cabe destacar la importancia de brindar el servicio de Cuidador Domiciliario para la población mencionada, promoviendo la equidad en materia de prestaciones y el acceso a la cobertura dentro de estándares de calidad y eficiencia.

El Cuidador Domiciliario es entonces un recurso humano capacitado para asistir y abordar en forma activa con un enfoque interdisciplinario afiliados dependientes de terceros tanto Adultos Mayores como de 18 a 59 años de edad.

El efector de este servicio realizará tareas de apoyo, supervisión y asistencia de las actividades básicas de la vida diaria, de las instrumentales y de inserción social; de manera complementaria a su red primaria de apoyo.

B. OBJETIVOS DE LA PRESTACIÓN

1. OBJETIVO GENERAL

- 
- Garantizar la cobertura de Cuidador Domiciliario como un dispositivo de atención progresiva que favorezca la permanencia en domicilio de los destinatarios de la prestación, con el fin de mejorar su calidad de vida, evitando o retrasando la institucionalización y sus consecuencias negativas.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 
- Priorizar la atención del afiliado en su domicilio.
 - Propiciar la autonomía y asistir en la dependencia.
 - Favorecer su inclusión y participación en la sociedad.
 - Colaborar en los cuidados dispensados por la red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia).
 - Complementar el trabajo interdisciplinario de la cadena de cuidados de atención progresiva.
 - Postergar o retrasar la institucionalización.
 - Brindar una cobertura prestacional acorde a los últimos consensos técnicos en la materia.

1 5830 / 15

C. ALCANCES DE LA COBERTURA

1. La prestación de Cuidador Domiciliario está destinada a afiliados dependientes de terceros tanto Adultos Mayores como de 18 a 59 años de edad para la asistencia en las actividades de la vida diaria, de las actividades instrumentales y de inserción social.
2. El afiliado deberá contar con una red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia) con incapacidad parcial para la contención del dependiente debiendo compartir un tiempo de la atención diaria con el Cuidador Domiciliario. En caso de no contar con ella, la prestación de cuidador domiciliario no podrá ser autorizada.

D. ÁMBITO DE LA PRESTACIÓN

Se autorizará la prestación de Cuidador Domiciliario para ser brindada en:

1. El domicilio del afiliado.
2. Ámbitos ocio - recreativos, previa autorización de la red primaria de apoyo.

No será autorizada la prestación de Cuidador Domiciliario para ser brindada a afiliados cursando internación transitoria o permanente en efectores de carácter sociales o sanitarios ya sea del ámbito estatal o privado.

E. TAREAS INHERENTES AL CUIDADOR DOMICILIARIO

1. El Cuidador Domiciliario desarrollará tareas de apoyo, supervisión y asistencia de las actividades básicas de la vida diaria, de las instrumentales y de inserción social, indicadas específicamente por el profesional tratante, en el domicilio del afiliado o en ámbitos ocio - recreativos.
2. El Cuidador Domiciliario realizará tareas relacionadas con comer, asearse y vestirse; desplazarse, deambular y/o trasladarse, usar el teléfono, elaborar comidas, realizar compras y administrar la medicación oral indicada por el profesional médico con la autorización previa de la familia, llevando para esto ultimo un cuaderno diario de registro de suministro con firma de ambas partes.
3. El Cuidador Domiciliario realizará las tareas arriba mencionadas teniendo en cuenta las necesidades del beneficiario y siempre contando con su acuerdo o el de su red primaria de apoyo.

58 30 / 15

4. El Cuidador Domiciliario tomará como referencia la indicación del profesional tratante para diseñar el Plan de Asistencia Diaria (PAD) el cual consiste en un esquema de las tareas a desarrollar y una especificación del rol a cumplir en su desempeño. El efector del servicio deberá contar con el acuerdo del afiliado o de la red primaria de apoyo respecto de la propuesta elaborada. Planilla 3 de Anexo IV.
5. El Cuidador Domiciliario deberá informar el horario de cumplimiento del servicio a fin de evaluar su real prestación (hora - día). Planilla 3 de Anexo IV.
6. El Cuidador Domiciliario deberá confeccionar y dejar en el domicilio del afiliado un registro diario de actividades.
7. En el caso que el Cuidador Domiciliario decida dejar de brindar el servicio, deberá comunicar su decisión al afiliado o a la red primaria de apoyo con una antelación mínima de 15 días. También deberá presentar la planilla 6 de Baja o Cambio de Cuidador Domiciliario informando la decisión tomada, a la Delegación de IOMA cercana a su domicilio, a fin de que sea enviada a la Dirección de Programas Específicos. En la comunicación deberá constar, además de sus datos personales (nombre y apellido, DNI, teléfono y domicilio) el nombre y número de afiliado al cual le ha prestado su servicio, el número de trámite por el cual se autorizó la prestación de la cobertura, el motivo que ha originado el cese de la prestación y una copia de la Orden de Prestación. Dicha comunicación deberá estar firmada por el cuidador domiciliario. Ver Planilla 6 de Cambio o Baja.
8. El Cuidador Domiciliario no realizará tareas de servicio doméstico (limpieza del hogar, de la indumentaria personal, objetos personales, etc.)
9. El Cuidador Domiciliario no realizará tareas de mantenimiento de prótesis ni ortesis.
10. El Cuidador Domiciliario no realizará traslados con el afiliado en medios de transporte sin autorización previa del afiliado y/o su red primaria de apoyo.
11. El Cuidador Domiciliario no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.
12. El Cuidador Domiciliario no realizará tareas específicas de enfermería profesional tales como suministrar medicación por vía enteral, parenteral, por catéter central, ni realizar curaciones complejas, etc.

5830 / 15

F. OBLIGACIONES DE LA RED PRIMARIA DE APOYO

Se entiende por red primaria de apoyo al grupo familiar y/o de pertenencia del afiliado, el cual es responsable de la solicitud de la prestación y quien debe garantizar el entorno y las condiciones aptas en el domicilio para el trabajo del Cuidador.

1. El Cuidador Domiciliario realizará tareas de apoyo, supervisión y asistencia de las actividades básicas de la vida diaria, de las instrumentales y de inserción social de manera complementaria a su red primaria de apoyo.
2. La red primaria de apoyo deberá proveer los insumos necesarios para la higiene, seguridad y cuidados del afiliado.
3. En caso de que el afiliado y/o su red primaria de apoyo decidan dejar de recibir el servicio que brinda el efector antes de finalizar el plazo de cobertura autorizado, deberán comunicarle su decisión tomada con una antelación mínima de 15 días. También deberá presentar una comunicación escrita informando el cese de la prestación en la Delegación de IOMA cercana a su domicilio, a fin de que sea enviada a la Dirección de Programas Específicos. En la comunicación deberán constar además de la fecha del cese de la prestación, el nombre y apellido, DNI, datos afiliatorios, teléfono, domicilio del beneficiario, de la persona responsable y del cuidador domiciliario. También deberá indicar el número de trámite por el cual se autorizó la cobertura y el motivo que ha originado el cese de la prestación. Dicha comunicación deberá estar firmada por el afiliado o un miembro de su red primaria de apoyo. Ver Planilla 6 Baja o Cambio.

G. MARCO JURIDICO

El IOMA no posee convenio con Cuidadores Domiciliarios ni entidades que los nucleen, sólo constata que la prestación corresponda al cuadro y realidad clínico - social del afiliado, en cuyo caso financia la cobertura prestacional, quedando desafectado de todo tipo de responsabilidad (civil, penal, etc.) que pueda originar el servicio que brindará un tercero totalmente ajeno al instituto y elegido por el afiliado.

No existe entre el Cuidador Domiciliario y el Instituto una relación de subordinación o dependencia alguna. El cumplimiento de las obligaciones y de los requisitos de índole

administrativo (como la entrega de planillas de asistencia, resumen mensual, etc.) no configuran una relación de subordinación o dependencia laboral.

ANEXO II

AUTORIZACION Y VALORES

A. VALORES

El IOMA financiará la cobertura de Cuidador Domiciliario según las horas de servicio brindadas en el domicilio del afiliado.

| |
|------------|
| Valor hora |
| \$ 40 |

B. TOPES DE COBERTURA

- a) El tope de autorización para un Cuidador Domiciliario es de 12 horas diarias y de 6 días máximo a la semana, lo que equivale a un total de 72 horas semanales y 288 horas mensuales. Cabe destacar, que los límites de autorización rigen indistintamente tanto para aquellos casos en que el servicio sea prestado a un afiliado o a varios.
- b) Si la situación del afiliado requiriese más de 12 horas diarias y/o más de 6 días a la semana de cobertura, podrá solicitar el servicio de parte de 2 ó más Cuidadores en consonancia con los límites establecidos.
- c) Las solicitudes que excedan las 12 horas diarias y/o 6 días semanales solo serán evaluadas cuando el afiliado se encuentre en alguna de las situaciones descriptas a continuación:
- Dependencia moderada a severa.
 - Demencia moderada a severa.
 - Enfermedad oncológica activa.
 - Cuidados paliativos no oncológicos.
 - Postración.
 - Alto Riesgo Social

La evaluación y eventual autorización del servicio quedará a cargo de la auditoría especializada correspondiente a la Dirección de Programas Específicos.

58 30 / 15

| |
|---|
| NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACIÓN |
|---|

A. ACCIONES DEL IOMA PARA IMPLEMENTAR LA COBERTURA

- Orientación al afiliado y/o a su red primaria de apoyo para el acceso a la cobertura prestacional.
- Implementación de diferentes módulos prestacionales que posibilitan la prestación del servicio conforme las necesidades del afiliado y del Cuidador Domiciliario.
- Fiscalización del servicio brindado por el efector para garantizar calidad prestacional por medio de auditorías profesionales.

B. BUSQUEDA DEL CUIDADOR DOMICILIARIO

IOMA no posee relación contractual alguna con los efectores del servicio ni sus representantes, y no interviene en su búsqueda, entrevista ni elección de éstos. Estará a cargo del afiliado, y/o su red primaria de apoyo la selección y propuesta del Cuidador Domiciliario.

C. REGLAS GENERALES DE ACCESO

1. La modalidad de cobertura es sólo por la vía administrativa de Autorización Previa.
 2. Se estipulará un máximo de 12 meses de autorización de cobertura del servicio según criterios de auditoría técnica y con posibilidad de ser renovado con debida justificación. Si el afiliado ha agotado el criterio para seguir recibiendo cobertura de una modalidad prestacional determinada (Ej. Atención Domiciliaria Integral, Enfermería Domiciliaria, Acompañante Terapéutico, etc.) y se ha evaluado la situación del beneficiario redirigiendo el abordaje hacia el dispositivo de Cuidador Domiciliario, se podrá autorizar el servicio hasta cuatro meses hacia atrás desde la fecha de presentación del trámite de pedido de cobertura, siempre que el profesional cuente con alta de inscripción en AFIP.
- 

58 30 / 15

D. REQUISITOS**1. REQUISITOS A CUMPLIR POR EL CUIDADOR DOMICILIARIO**

Acreditación de formación

El efector individual del servicio deberá presentar la acreditación de su capacitación específica, tal como:

- ✓ Cuidador Domiciliario.
- ✓ Cuidador para personas con discapacidad.
- ✓ Auxiliar gerontológico.
- ✓ Auxiliar de familia.
- ✓ Auxiliar de Enfermería.
- ✓ Técnico en Enfermería.
- ✓ Licenciado en Enfermería.
- ✓ Acompañante Terapéutico.
- ✓ Carreras afines.

En casos de excepción, se contemplará también la autorización para la brindar la prestación a:

- ✓ Estudiantes avanzados de las carreras de Psicología y Medicina, presentando el Certificado Analítico parcial.

En todos los casos, los títulos/certificaciones deberán estar reconocidos por Organismos públicos nacionales, provinciales y/o municipales, tales como Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE), la Dirección Provincial de Educación de Gestión Privada (DIPREGEP) y Universidades Nacionales.

En los casos especiales donde se deba contemplar una excepción en cuanto al perfil del Cuidador Domiciliario, su autorización queda supeditada a la evaluación y la facultad de la auditoría especializada de la Dirección de Programas Específicos, Departamento Asistentes Sociales y/o Área Adultos Mayores (ley de IOMA 6951 art. 15, 24, 39).

- a) Constancia de opción de AFIP actualizada www.afip.gov.ar / accesos más utilizados / constancia de inscripción.
- b) Residencia en la localidad de la prestación o localidad cercana.

2. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD O RENOVACIÓN DE LA COBERTURA

La solicitud de la cobertura del servicio estará a cargo del afiliado y/o su red primaria de apoyo. Se deberá presentar documentación en la Delegación o Región correspondiente a su domicilio.

58 30 / 15

El trámite de Cuidador Domiciliario deberá contener la siguiente documentación:

- a) Fotocopia de DNI del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.
- b) Fotocopia de Carnet de IOMA del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.
- c) Fotocopia de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios.
- d) En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad copia del mismo.
- e) En caso de poseer Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (Fotocopia de DNI, Fotocopia de Credencial, Fotocopia del último recibo de sueldo o de pago en caso de afiliados voluntarios) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria.
- f) Planilla 1, 2, 3 y 4 del Anexo IV a ser completadas por el profesional prescriptor, por el afiliado o red primaria de apoyo, por el Cuidador Domiciliario y por el Auditor Regional. Las planillas mencionadas estarán disponibles en la Delegación Regional y en el sitio Web del Instituto.
- g) Fotocopia del DNI del Cuidador Domiciliario.
- h) Fotocopia del título de formación del Cuidador Domiciliario.
- i) Constancia de opción de AFIP del Cuidador Domiciliario actualizada.
- j) Constancia de CBU del Banco Provincia de Buenos Aires del Cuidador Domiciliario, este requisito solo se exigirá luego de que el efector haya percibido por parte del IOMA el pago de su primera facturación.

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

E. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN

1. Que el afiliado carezca de red primaria de apoyo.
2. Que exista superposición horaria con alguna prestación tal como servicio de Acompañante Terapéutico y/o Centro de Día y que en su conjunto excedan las 24 horas diarias de servicio recibido (por ej. Acompañante Terapéutico + Centro de Día + Cuidador Domiciliario)
3. Que el afiliado se encuentre recibiendo cobertura de:
 - Atención Domiciliaria Integral.
 - Residencia en Hogar y/o similar.
4. Que el Cuidador Domiciliario no cumpla con lo estipulado en la presente Norma (ámbito de la prestación, actividades específicas, horarios denunciados en el presente y para las cuales se autorizó el servicio, etc.)

58 30 / 15

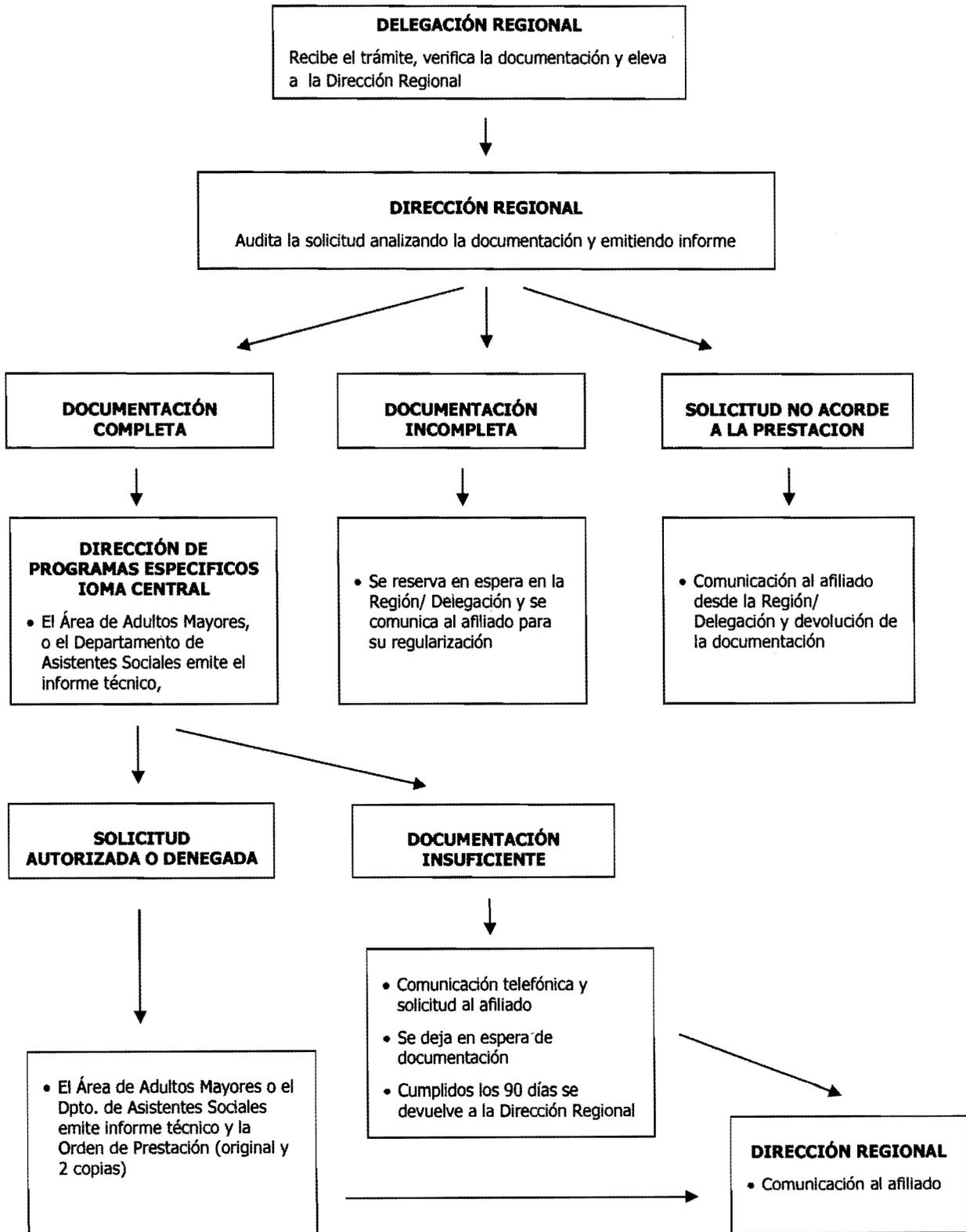
5. Que el Cuidador Domiciliario delegue el servicio autorizado en su favor a otra persona, como así también facultades, funciones o atribuciones privativas de su actividad.

F. CIRCUITOS

CIRCUITO ADMINISTRATIVO DE LA SOLICITUD DE CUIDADOR DOMICILIARIO

1. El afiliado y/o su red primaria de apoyo deberá concurrir con los requisitos para solicitar la autorización prestacional a la Delegación o Región que corresponda según su domicilio.
2. Si la documentación del trámite se halla incompleta se reservará en la Región y se comunicará al afiliado a cerca de este faltante para su regularización. Mientras que si la solicitud prestacional no es acorde a la figura de Cuidador Domiciliario se comunicará al afiliado o a su red primaria de apoyo y se devolverá la documentación.
3. En el caso que la documentación se encuentre completa, el agente de IOMA certificará la misma y confeccionará el trámite correspondiente, el cual será luego evaluado por el Auditor Regional. El profesional mencionado completa la Planilla 4 de auditoría Regional de solicitud - renovación de Cuidador Domiciliario y eleva el pedido a IOMA Central. Si el afiliado tiene 60 años o más se elevará al Área de Adultos Mayores de la Dirección de Programas Específicos, mientras que si el afiliado tiene entre 18 y hasta los 59 años de edad se elevará al Departamento Asistentes Sociales de la misma Dirección.
4. Habiendo llegado el trámite a Sede Central y ante la necesidad de solicitar ampliación de datos, el trámite quedará en "espera por falta de documentación". Se comunicará esto telefónicamente al afiliado y/o su red primaria de apoyo y se consignará dicha situación en el "extracto" del Sistema SOL o equivalente, para que pueda ser visualizado por el personal de las Delegación/Región interesada. Dicha solicitud queda en espera de recibir la documentación faltante por 90 días desde la fecha en que se comunicó al afiliado y/o a la red primaria de apoyo. Aportada la información pendiente será nuevamente auditada, pudiendo ser aprobada, rechazada o dejarla como pendiente nuevamente. En caso de no recibir la documentación solicitada, será enviada a la Dirección Regional reiterando el pedido.
5. Posterior a la auditoría técnica, IOMA Central emitirá la Orden de Prestación (original y dos copias) autorizando o denegando la solicitud, las cuales serán enviadas a la Dirección Regional, la cual entregará un original y una copia al afiliado y/o su red primaria de apoyo. Éstos últimos deberán entregar la Orden de Prestación original al Cuidador Domiciliario para que proceda a facturar el servicio brindado.
IOMA se reserva el derecho a la autorización o denegatoria de la cobertura prestacional solicitada basándose en la auditoría especializada de la documentación presentada, pudiendo solicitar al profesional a cargo del pedido o a quien corresponda cualquier ampliación en la fundamentación o mayor justificación por medio de la documentación que considere pertinente y además realizar las auditorías que considere necesarias a fin de garantizar la calidad prestacional.

CIRCUITO ADMINISTRATIVO DE LA SOLICITUD DE CUIDADOR DOMICILIARIO



58 30 / 15

ANEXO IV

PLANILLAS



58 30 / 15

Planilla 1. INDICACIÓN DE CUIDADOR DOMICILIARIO

*A ser completada y firmada por un Terapeuta Ocupacional, Psicólogo o Médico.
La presente constituye una Declaración Jurada*

APELLIDO y Nombre del afiliado:

Nº de afiliado:

A. Datos del profesional solicitante:

Sello:

Especialidad:

Teléfono de contacto laboral: ()

Horarios potenciales de contacto:

Email de contacto: *no obligatorio*

CANTIDAD DE DIAS solicitados

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|

HORAS solicitadas

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|

Solo se evaluarán solicitudes de más de 12 hs. diarias y/o 6 días semanales en los siguientes casos:

Dependencia moderada a severa; Demencia moderada a severa; Enfermedad oncológica activa; Cuidados paliativos no oncológicos; Postración, Alto Riesgo Social.

Cantidad de horas solicitadas Y cantidad de días a la semana solicitados en estos casos.

B. DESCRIBA BREVEMENTE EL MOTIVO DE SOLICITUD DE CUIDADOR DOMICILIARIO

C. ESTADO DE SALUD DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

| | Si | No | |
|--|----|----|--|
| ¿El actual estado de salud le impide salir a la calle? | | | Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo? | | | |
| ¿Posee Certificado Único de Discapacidad? (CUD) | | | |
| ¿Posee enfermedad oncológica activa? | | | ¿Cuál? |
| ¿Se encuentra bajo cuidados paliativos? | | | |
| ¿Posee Metástasis? | | | |
| ¿Padece demencia? | | | Estadio: leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> Mini Mental: (no obligatorio) / 30 |
| ¿Tiene problemas conductuales? | | | |
| ¿Tiene Enfermedad de Parkinson? | | | |
| ¿Está postrado/a? | | | Permanente <input type="checkbox"/> Transitoriamente <input type="checkbox"/> |
| ¿Posee trastornos de la marcha? | | | Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas caídas ha tenido en el último año? | | | |
| ¿Presenta parálisis o paresia, congénita o adquirida? | | | ACV <input type="checkbox"/> Fecha Accidente <input type="checkbox"/> Fecha Secuela quirúrgica <input type="checkbox"/> Fecha |
| ¿Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales a pesar de sus anteojos? | | | Ceguera <input type="checkbox"/> Maculopatía <input type="checkbox"/> Visión bulto <input type="checkbox"/> Visión luz <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| ¿Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal? | | | Sordera <input type="checkbox"/> Usa Lengua de Señas <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha estado internado/a en los últimos 6 meses? | | | Motivo: Fecha: |
| ¿Ha recibido cirugías en los últimos 60 días? | | | Tipo de cirugía Fecha: |

D. ESCALA DE BARTHEL. (MARQUE CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

COMER:

(10) Independiente: Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

(5) Necesita ayuda: Para cortar la carne o el pan, extender la manteca, etc. pero es capaz de comer solo.

(0) Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

(5) Independiente: Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede hacer todo sin nadie presente

(0) Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

(10) Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

(5) Necesita ayuda: Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

(0) Dependiente.

ARREGLARSE:

(5) Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

(0) Dependiente: Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

(10) Continente: Ningún episodio de incontinencia.

(5) Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

(0) Incontinente.

MICCIÓN: (Valorar la semana previa)

(10) Continente: Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

(5) Accidente ocasional: Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.

(0) Incontinente.

USAR EL BAÑO:

(10) Independiente: Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.

(5) Necesita ayuda: Capaz de valerse con pequeña ayuda, de usar el baño. Puede limpiarse solo.

(0) Dependiente: Incapaz de valerse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

(15) Independiente: No precisa ayuda.

(10) Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.

(5) Gran ayuda: Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.

(0) Dependiente: Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

(15) Independiente: Puede andar 50 m. o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otros, usar ayudas instrumentales, bastón, muleta, salvo andador. Si usa prótesis, debe ser capaz de ponérsela y sacársela solo.

(10) Necesita ayuda: Supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Requiere usar andador.

(5) Independiente: (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.

(0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

(10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Requiere ayuda o supervisión.

(0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Valor de Barthel: _____ /100

Firma y matrícula/sello del profesional:

Fecha:

5830 / 15

Planilla 2. INFORMACION DEL AFILIADO

A ser completada y firmada por el **afiliado, familiar o responsable**. La presente constituye una **Declaración Jurada**

Información sobre la prestación: www.ioma.gba.gov.ar / Guía de Coberturas / Cuidador Domiciliario

INFORMACIÓN GENERAL:

- **¿A quiénes está destinada esta prestación?** Está destinada a afiliados dependientes de terceros, tanto Adultos Mayores como afiliados de 18 a 59 años de edad que requieran transitoria o permanentemente de un Cuidador Domiciliario que brinde asistencia y/o supervisión para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (comer, asearse, arreglarse, desplazarse, etc.) y de inserción social de manera complementaria a su red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia). El objetivo es que el afiliado permanezca en su hogar evite la institucionalización el mayor tiempo posible, continúe inserto en su comunidad y conserve sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.
- **¿Dónde se inicia el trámite?** En la Delegación de IOMA correspondiente al domicilio del afiliado. De allí será elevado a Sede Central, Dirección de Programas Específicos, al Área Adultos Mayores si el afiliado tiene 60 años o más, o al Departamento Asistentes Sociales si tiene entre 18 y 59 años.
- **¿Dónde podría consultar por el estado del trámite?** Puede consultar online en www.ioma.gba.gov.ar "TRÁMITES y EXPEDIENTES" o telefónicamente al (0221) 429-5980 Área Adultos Mayores si tiene 60 años o más, o al (0221) 429-5957 Depto. Asistentes Sociales si tiene entre 18 y 59 años, de lunes a viernes de 08:30 a 15:00 hs
- **¿Dónde se retira de la Orden de Prestación?** En la misma Delegación donde se inició el trámite.

A. DATOS DEL AFILIADO QUE SOLICITA LA PRESTACIÓN

| | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Apellido: | Nombre: |
| DNI: | Nº de afiliado: |
| Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Domicilio de la prestación: | Localidad: |
| Apellido y Nombre de un referente: | Vínculo: |
| Telefono de contacto: () | Telefono de contacto: () |

B. TIPO DE SOLICITUD (MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA)

Primera solicitud Renovación Cambio de prestador Ampliación horaria

58 30 / 15

C. ¿EL AFILIADO TIENE ACTUALMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRESTACIONES APROBADAS POR IOMA?

| | | | |
|---------------------------------|----|----|--------------------------------------|
| Acompañante Terapéutico: | Si | No | Aprobado hasta: ___/___/___ |
| | | | Cantidad de horas por día: ___ horas |
| Hogar /Centro de Día: | Si | No | Aprobado hasta: ___/___/___ |
| | | | Cantidad de horas por día: ___ horas |
| Enfermería domiciliaria: | Si | No | Aprobado hasta: ___/___/___ |
| | | | Cantidad de visitas por día: _____ |

D. INFORMACIÓN DEL AFILIADO, SU RED FAMILIAR Y VÍNCULOS (MARQUE CON UNA X)

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ha enviudado en los últimos 6 meses | <input type="checkbox"/> No posee familiares cercanos | <input type="checkbox"/> Vive solo/a |
| <input type="checkbox"/> Vive con su esposo/a de más de 80 años | <input type="checkbox"/> Vive con familiares con limitaciones físicas o mentales | |

Por favor complete los datos de las personas más cercanas al afiliado, sean o no familiares.

| | Nombre y apellido | Vínculo o parentesco | Edad | Ocupación | ¿Convive? | | Ciudad de residencia |
|----|-------------------|----------------------|------|-----------|-----------|----|----------------------|
| | | | | | No | Si | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

Firma y aclaración del afiliado que recibirá la prestación (no obligatoria)

Firma y aclaración de un familiar o responsable

Vínculo o Parentesco: _____

5830 / 15

C. DECLARACIÓN JURADA. Art. 15 y 24 de la Ley 6.982, Art. 39 del Decreto 7.881/84.

Por medio de la presente, declaro conocer y aceptar que:

- La prestación de Cuidador Domiciliario está destinada a afiliados dependientes de terceros tanto Adultos Mayores como de 18 a 59 años de edad para la asistencia en las actividades de la vida diaria, de las actividades instrumentales y de inserción social en el domicilio del afiliado o ámbitos socio - recreativos, previa autorización de la red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia) No será autorizada la prestación del Cuidador Domiciliario para brindarse a afiliados cursando internación transitoria o permanente en efectores de carácter sociales o sanitarios tanto del ámbito privado como estatal, que estén recibiendo atención domiciliaria integral, y coberturas variadas que en su conjunto excedan las 24 hs.
- El afiliado debe contar con una red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia) con incapacidad parcial para la contención debiendo compartir un tiempo de la atención diaria con el Cuidador Domiciliario. En caso de no contar con ella, la prestación de cuidador domiciliario no podrá ser autorizada.
- Cada Cuidador Domiciliario podrá facturarle a IOMA como cuidador domiciliario máximo **12 hs por día y de 6 días máximo a la semana, lo que equivale a un total de 72 horas semanales y 288 horas mensuales.**
- Las solicitudes que excedan las 12 horas diarias y/o 6 días semanales solo serán evaluadas cuando el afiliado se encuentre en alguna de las situaciones descriptas a continuación: dependencia moderada a severa, demencia moderada a severa, enfermedad oncológica activa, cuidados paliativos no oncológicos, postración, alto riesgo social.
- El Cuidador Domiciliario no podrá delegar en terceros sus tareas.
- **PODRÁN SER PRESTADORES COMO CUIDADORES DOMICILIARIOS:** Cuidador Domiciliario, Cuidador para personas con discapacidad, Auxiliar gerontológico, Auxiliar de familia, Auxiliar de Enfermería, Técnico en Enfermería, Licenciado en Enfermería, Acompañante Terapéutico o carreras afines y estudiantes avanzados de las carreras de Psicología y Medicina. En todos los casos, los títulos/certificaciones deberán estar reconocidos por Organismos públicos (Nacionales, Provinciales y/o Municipales tales como Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE), Dirección Provincial de Gestión Privada (DIPREGEP) y Universidades Nacionales, y evaluación quedará sujeta a la auditoría técnica especializada.
- **LAS TAREAS QUE PUEDE REALIZAR UN CUIDADOR** son relacionadas a comer, lavarse-bañarse, vestirse y arreglarse, desplazarse, deambular y/o trasladarse, usar el teléfono, elaborar comidas, realizar compras, administrar la medicación oral indicada por el profesional médico, entre otras. NO realiza tareas de servicio doméstico, limpieza del hogar, de la indumentaria personal, objetos personales, etc. ni tareas de mantenimiento de prótesis u ortesis, tampoco realizará tareas de enfermería profesional como suministrar medicación vía enteral, parenteral, por catéter central, curaciones complejas, etc. Las tareas mencionadas serán realizadas según las **necesidades del beneficiario y siempre contando con su acuerdo y/o el de su red primaria de apoyo.** Estos últimos proveerán los insumos necesarios para la higiene, seguridad y cuidados del afiliado.
- El Cuidador Domiciliario deberá llevar un **cuaderno diario de registro de actividades** con firma de ambas partes.
- La **búsqueda, entrevista y elección del efector Cuidador Domiciliario** estará a cargo del afiliado, del responsable y su red primaria de apoyo. Tanto el tipo de cuidado, como la extensión y duración de la cobertura estarán sujetos a la evaluación de las necesidades y particularidades de cada caso. Puede consultar en www.desarrollosocial.gob.ar/cuidadores/165
- Los términos convenidos con el afiliado o su red primaria de apoyo respecto de la prestación del servicio **no son vinculantes ni obligatorios** para el IOMA en todo lo que exceda el reconocimiento y cobertura establecido por parte del Instituto.
- La **prestación de servicios deberá ajustarse a la reglamentación y requerimientos del IOMA**, como pedidos de informes, planillas de horarios, inspecciones, auditorías, etc. sin que esto configure relación de dependencia o laboral alguna con el IOMA.
- Si **deja de prestar el servicio, el Cuidador Domiciliario deberá comunicar al afiliado y/o a su red primaria de apoyo de su decisión con al menos 15 días de anticipación, y al IOMA, por planilla 6** presentada en la Delegación correspondiente al afiliado. Esta nota deberá consignar la fecha y motivo de la suspensión de sus servicios. Además adjuntará una copia de la orden de prestación en cuestión. De este modo quedará habilitado para trabajar con otro afiliado.
- En caso de **baja de la prestación, renuncia o abandono del servicio del Cuidador Domiciliario será el afiliado y/o su red primaria de apoyo quienes deberán comunicar al IOMA tal situación, mediante planilla 6** presentada en la Delegación correspondiente. Dicha nota deberá consignar la fecha y el motivo de la baja del prestador o de la prestación. Se adjuntará una copia de la orden de prestación en cuestión.
- Mediante la presente, accedo a brindar el servicio de Cuidador Domiciliario a favor del afiliado arriba enunciado, declarando conocer la normativa y aranceles del IOMA para dicha prestación, sin percibir suma extra alguna fuera de los montos reconocidos por esta Obra social.

Firma y aclaración del Cuidador

Firma y aclaración del afiliado, familiar o responsable

Lugar y Fecha:

5830 / 15

Planilla 4. AUDITORÍA REGIONAL

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA SOLICITUD O RENOVACIÓN DE CUIDADOR DOMICILIARIO

A ser completada y firmada por el profesional auditor de la Dirección Regional

APELLIDO y Nombre del afiliado:

Nº de afiliado:

Nº de Trámite:

Tildar según corresponda:

| Documento que debe estar en el trámite | Adjuntado |
|---|-----------|
| Fotocopia de DNI del titular y del familiar para el cual se solicita el servicio. <i>En caso de corresponder se adjuntará la documentación que pruebe el vínculo (curatela, poder)</i> | |
| Fotocopia de Carnet de IOMA del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio. | |
| Fotocopia de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios. | |
| En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad, copia del mismo | |
| Si posee Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (DNI, Carnet de IOMA, último recibo de sueldo o de pago de cuota afiliatoria) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria | |
| Planilla 1. Indicación de Cuidador Domiciliario. www.ioma.gba.gov.ar / Guía de Coberturas / Cuidador Domiciliario | |
| Planilla 2. Información del afiliado. www.ioma.gba.gov.ar / Guía de Coberturas / Cuidador Domiciliario | |
| Planilla 3. Información del Cuidador Domiciliario. UNA POR CADA UNO de los Cuidadores Domiciliarios propuestos. www.ioma.gba.gov.ar / Guía de Coberturas / Cuidador Domiciliario | |
| Fotocopia de DNI. UNA POR CADA UNO de los Cuidadores Domiciliarios propuestos | |
| Fotocopia de título de formación. UNA POR CADA UNO de los Cuidadores Domiciliarios propuestos | |
| Constancia de inscripción de AFIP. UNA POR CADA UNO de los Cuidadores Domiciliarios propuestos. Puede descargarla de www.afip.gov.ar / accesos más utilizados / constancia de inscripción. | |

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

Informe Técnico y evolución a cargo del auditor regional:

Firma y sello del auditor regional

Fecha:

58 30 / 15

Planilla 5. AUDITORIA CENTRAL - Cuidadores Domiciliarios Autorizados

A ser completada y firmada por el auditor del Área Adultos Mayores o Dpto. Asistentes Sociales del IOMA

| | | |
|---------------------------------|----------------|-------------|
| APELLIDO y Nombre del afiliado: | Edad: | Género: F M |
| Nº de afiliado: | Nº de Tramite: | |
| Teléfono de contacto: | | |

Tipo de trámite: Primera solicitud Renovación Cambio de prestador Ampliación horaria

| | | | | | | |
|---|----------|------------------|---------------------------------|---------------|----------|-----|
| Apellido: | | Nombre: | | CUIT: | | |
| Teléfono de contacto: | | | | | | |
| Fecha de inicio de cobertura: | | | Duración de la cobertura: meses | | | |
| Horas por día | hs | Horas por semana | hs | Horas por mes | hs | |
| Monto Mensual | \$ | Monto Total | \$ | | | |
| Horario declarado a brindar la prestación | | | Desde | hs. | Hasta | hs. |
| | | | Desde | hs. | Hasta | hs. |
| Observaciones del Auditor: | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|----------|------------------|---------------------------------|---------------|----------|-----|
| Apellido: | | Nombre: | | CUIT: | | |
| Teléfono de contacto: | | | | | | |
| Fecha de inicio de cobertura: | | | Duración de la cobertura: meses | | | |
| Horas por día | hs | Horas por semana | hs | Horas por mes | hs | |
| Monto Mensual | \$ | Monto Total | \$ | | | |
| Horario declarado a brindar la prestación | | | Desde | hs. | Hasta | hs. |
| | | | Desde | hs. | Hasta | hs. |
| Observaciones del Auditor: | | | | | | |

Monto total de la prestación:

Fecha de auditoría:

Firma y sello del auditor:

5830 / 15

Planilla 6- PLANILLA DE CAMBIO O BAJA DE CUIDADOR DOMICILIARIO
A ser completada por el Afiliado ó Cuidador según el caso

Nombre y apellido del afiliado:
Número de afiliado:

BAJA DE CUIDADOR DOMICILIARIO *A ser completada por el Afiliado o por el Cuidador*

Nombre y apellido del cuidador que se solicita dar de baja:

Fecha de baja:

Motivo de la baja:

Al solicitarse una BAJA de Cuidador se deberá adjuntar:

- *Fotocopia de DNI de quien firma la presente.*
- *Fotocopia de la orden de prestación.*

Firma y aclaración del Cuidador ó del Afiliado/Familiar (indicar parentesco)

Fecha:

CAMBIO DE CUIDADOR DOMICILIARIO *A ser completada por el Afiliado*

Nombre y apellido del cuidador que se solicita dar de **Baja**:

Fecha de baja:

Nombre y apellido del cuidador que se solicita dar de **Alta**:

Fecha de alta:

Motivo del cambio:

La documentación a adjuntar para este nuevo efector será la siguiente:

- *Fotocopia del DNI del nuevo cuidador.*
- *Fotocopia del título habilitante del nuevo cuidador.*
- *Fotocopia de constancia de inscripción en AFIP del nuevo cuidador.*
- *Planilla 3 de Cuidador Domiciliario*
- *Fotocopia de DNI de quien firma la misma*
- *Fotocopia de orden de Prestación.*

Esta Planilla para cambio de Cuidador Domiciliario está destinada solo a Afiliados con Autorización vigente en curso. La renovación de la prestación deberá solicitarse mediante trámite habitual (Planilla 1, 2, 3, 4, etc.).

Firma, aclaración y parentesco (si no es el afiliado)

Fecha:

FACTURACIÓN**A. NORMAS DE FACTURACIÓN PARA EL CUIDADOR DOMICILIARIO**

1. La facturación será recibida en el IOMA del 01 al 10 de cada mes, a partir del día posterior a la finalización del servicio.
2. La factura deberá ser B ó C detallando los siguientes datos de este Instituto: domicilio, localidad, número de CUIT y calidad ante el IVA (exento); deberá contener firma y sello del Cuidador Domiciliario. Se presentará factura en original y dos copias.
3. Cada factura contendrá sólo un mes determinado de servicio brindado; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al que se está facturando se incluirán en una factura aparte. El mes de cobertura citado se refiere a MES CALENDARIO y no a mes prestacional.
4. Cada factura deberá contener facturación de un solo grupo afiliatorio. En caso de ser necesario deberán presentarse hasta 3 facturas según el tipo afiliatorio del beneficiario atendido. Los afiliados a facturar podrán ser:
 - Obligatorios: su número de Carnet comienza con un número.
 - Voluntarios Individuales: su número de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.
 - Voluntarios Colectivos: su número de Carnet comienza con la letra K a la Z.
4. Se debe incluir una Planilla de Resumen Mensual en original por cada mes facturado. En la planilla deberá detallarse el nombre, apellido y número de afiliado a quien se le ha brindado el servicio; el mes prestacional, la prestación recibida de Cuidador Domiciliario, el monto mensual y el valor final mensual. La planilla deberá contener firma y sello del Cuidador Domiciliario.
5. Orden de Autorización. Si la facturación presentada corresponde al primer mes del periodo autorizado se deberá adjuntar la Orden de Autorización en original. Mientras que, si la facturación presentada corresponde al segundo mes o meses subsiguientes de servicio brindado, se deberá adjuntar fotocopia de la Orden de Autorización.
6. Se debe incluir una Planilla de Asistencia diaria en original con firma del afiliado o de red primaria de apoyo por cada día de servicio brindado dando conformidad a la prestación recibida.
7. Constancia de opción de AFIP. La misma debe coincidir o ser previa a la fecha de aprobación de inicio de la prestación.

5830 / 15

B. NORMAS DE REFACTURACIÓN PARA EL CUIDADOR DOMICILIARIO

1. Cuando del proceso de control de la facturación presentada, surjan descuentos a practicar sobre la misma, se realizará el correspondiente débito quedando a disposición del efector del servicio, a partir del momento en que recibe el pago, la planilla de "Detalle de débito" en la Dirección de Finanzas.
2. El efector del servicio se reservará el derecho de analizar los débitos efectuados por el IOMA y realizar la posterior re facturación si lo considera pertinente. Podrá presentar, dentro de los 60 días corridos posteriores al cobro de la factura, un pedido de reconsideración y a través de un trámite iniciado en la Delegación o Región que le corresponda según domicilio denunciado.
3. La nueva factura que se emita deberá consignar indefectiblemente el número de remito asignado a la factura objeto del ajuste, fotocopia del "Demostrativo de pago", de planilla de "Detalle de débito" y documentación que argumente el reclamo y que justifique la revisión.
4. No se podrán agrupar en una sola factura el pedido de reconsideración de varias notas de débito, sino que se emitirá una por cada remito que fuera objeto de ajuste por el IOMA.
5. El Sector de liquidaciones de la Dirección de Programas Específicos evaluará la documentación presentada y emitirá informe pertinente que será girado a Dirección de Finanzas.

C. ELEVACIÓN DEL TRÁMITE DE FACTURACIÓN

A los fines de agilizar los procesos de liquidación y cancelación de estas prestaciones individuales, el agente de la Delegación / Dirección Regional que reciba la documentación de facturación deberá confeccionar foliar y sellar el correspondiente trámite respetando el siguiente orden de presentación:

- 1ro. Factura en original.
- 2do. Planilla de Resumen mensual en original.
- 3ro. Orden de Prestación (original si es el primer mes facturado o copia si es el segundo mes facturado o subsiguientes)
- 4to. Planilla de Asistencia Diaria.
- 5to. Constancia de opción de AFIP.

58 30 / 15

ENFERMERIA DOMICILIARIA

ANEXO I. DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN

- A. INTRODUCCIÓN
- B. OBJETIVOS
- C. ALCANCES DE LA COBERTURA
- D. AMBITO DE LA PRESTACIÓN
- E. TAREAS INHERENTES DEL ENFERMERO DOMICILIARIO
- F. OBLIGACIONES
- G. MARCO JURIDICO

ANEXO II. MÓDULOS PRESTACIONALES Y VALORES

- A. MODULACIÓN
- B. VALORES
- C. VARIANTES DE LA AUTORIZACIÓN

ANEXO III. NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACIÓN

- A. ACCIONES DEL IOMA PARA IMPLEMENTAR LA COBERTURA
- B. BUSQUEDA DEL ENFERMERO DOMICILIARIO
- C. REGLAS GENERALES DE ACCESO
- D. REQUISITOS
- E. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN
- F. CIRCUITOS

ANEXO IV PLANILLAS

- PLANILLA 1. INDICACIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA
- PLANILLA 2. SOLICITUD DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA
- PLANILLA 3. AUDITORIA REGIONAL
- PLANILLA 4. AUDITORIA CENTRAL

ANEXO V. FACTURACIÓN

- A. NORMAS DE FACTURACION PARA EL ENFERMERO DOMICILIARIO
- B. NORMAS DE REFACTURACIÓN PARA EL ENFERMERO DOMICILIARIO
- C. ELEVACIÓN DEL TRÁMITE DE FACTURACIÓN
- D. CIRCUITO DEL TRÁMITE DE FACTURACIÓN

| |
|-------------------------------------|
| DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN |
|-------------------------------------|

A. INTRODUCCIÓN

Se considera como servicio de Atención de Enfermería Domiciliaria al conjunto de prácticas específicas de enfermería indicadas por un profesional médico y realizadas en el domicilio del afiliado.

Serán favorecidos con las prácticas de Enfermería Domiciliaria los afiliados imposibilitados de valerse por sí mismos, cursando patologías agudas, subagudas, crónicas, en fase de reagudización, terminales, posquirúrgico inmediato o de alta hospitalaria con indicaciones específicas de enfermería.

Podrán desarrollar dichas actividades aquellas personas que revistan la calidad de profesionales o auxiliares conforme a la normativa que regula el ejercicio de la Enfermería.

Para autorizar la cobertura de enfermería domiciliaria, el IOMA priorizará la que sea brindada por enfermeros que desarrollen la actividad de modo personal e independiente, quedando supeditado a la auditoría técnica especializada.



El Enfermero Domiciliario no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.

B. OBJETIVOS DE LA PRESTACIÓN**1. OBJETIVO GENERAL**

- Garantizar una cobertura de Enfermería Domiciliaria acorde al cuadro clínico del afiliado.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Priorizar la atención del afiliado en su domicilio.
- Propiciar el alta temprana del II° nivel de atención fin de evitar institucionalizaciones prolongadas.
- Brindar una cobertura prestacional acorde a los últimos consensos técnicos en la materia.

C. ALCANCES DE LA COBERTURA

Serán beneficiarios de las prácticas de Enfermería Domiciliaria (profesional y/o auxiliar) todos aquellos afiliados imposibilitados de valerse por sí mismos, cursando patologías agudas, subagudas, crónicas, en fase de reagudización, terminales, posquirúrgico inmediato o de alta hospitalaria con indicaciones específicas de enfermería.

El afiliado deberá contar con una Red Primaria de Apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia) que es responsable de la solicitud de la prestación y de garantizar el adecuado ámbito de trabajo para el enfermero. En caso de no contar con ello, la prestación de Enfermería Domiciliaria no podrá ser autorizada.

D. AMBITO DE LA PRESTACIÓN

El IOMA autorizará la cobertura de Enfermería Domiciliaria (profesional y/o auxiliar) solo para ser brindada exclusivamente en el domicilio del afiliado.

Ámbitos excluidos de la cobertura:

Quedan excluidos de los alcances de la presente Norma los siguientes casos:

1. Prácticas brindadas por efectores adheridos a los convenios vigentes entre IOMA y ACLIBA I, II, III, IV o FECLIBA, las que se registrarán en la materia por las normas contractuales correspondientes.
2. Prácticas brindadas por Hospitales Públicos Provinciales y Municipales que mantengan convenio con IOMA (que contemple éstas prácticas) o que estén adheridos al SAMO.
3. Prácticas brindadas por toda entidad estatal o privada con o sin convenio con IOMA, que incluya dichas prácticas de enfermería tales como Centros de Rehabilitación, Centros de Día, Hogares, etc.
4. No será autorizada la prestación de Enfermería Domiciliaria a afiliados cursando Atención Domiciliaria Integral.

5830 / 15

E. TAREAS INHERENTES AL ENFERMERO DOMICILIARIO

Se reconocen dos niveles de atención de enfermería: Auxiliar o Profesional, con tareas específicas correspondientes a cada nivel.

1. Auxiliar de enfermería.

Las tareas específicas que podrán realizar los enfermeros con esta formación son:

- Realizar curaciones simples
- Administrar enemas evacuantes
- Realizar medidas de higiene y confort completa.
- Realizar los controles de signos vitales (tensión arterial, pulso, respiración, etc.). Las tareas mencionadas se consideran un apoyo a las tareas de enfermería antes detalladas y solo se autorizarán como complemento de éstas.

2. Enfermero Profesional

Las tareas específicas que podrán realizar solo los enfermeros con formación del nivel profesional son las del nivel auxiliar arriba mencionadas sumadas a las que se detallan a continuación

- 
- Administrar medicamentos por catéter central.
 - Administrar medicamentos por vía intramuscular.
 - Administrar medicamentos por vía parenteral (endovenoso)
 - Efectuar punciones venosas periféricas.
 - Realizar curaciones complejas que no demanden tratamiento quirúrgico.
 - Realizar curaciones de heridas quirúrgicas.
 - Manejar la colocación, control y cambio de colector de drenaje.
 - Colocar y controlar el funcionamiento de sondas naso gástrica y vesical.
 - Retirar sondas naso gástrica y vesical.
 - La enfermería para control de glucemia y administración de Insulina se contemplará solamente en pacientes con algún grado de minusvalía o pacientes cuyo conviviente tenga algún grado de incapacidad.
- 

Independientemente de su formación, el Enfermero Domiciliario no realizará tareas de servicio doméstico tales como limpieza del hogar, de la indumentaria personal, de objetos personales, preparación de alimentos, etc.

F. OBLIGACIONES

1. Del enfermero:

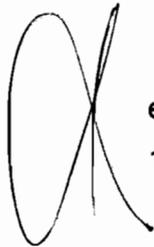
- a) El Enfermero, dentro de la competencia que posea su formación (Auxiliar o Profesional), sólo realizará prácticas de Enfermería Domiciliaria mediante prescripción escrita del médico tratante, donde deberá figurar en forma clara y precisa el detalle de dichas prácticas, la fecha de prescripción, datos del paciente, tiempo estimado de tratamiento y matrícula del profesional médico.
- b) El Enfermero tomará como referencia la indicación del profesional tratante para diseñar el Plan de Asistencia Diaria (PAD) el cual consiste en detallar las practicas a realizar, días y horarios a cumplir. Planilla 1. Anexo IV.
- c) El Enfermero deberá informar el horario (hora - día) de cumplimiento del servicio en el domicilio a fin de evaluar su real prestación, cuando el IOMA lo considere. Planilla 1. Anexo IV.
- d) El Enfermero deberá confeccionar y dejar en el domicilio del afiliado un registro diario de actividades con evolución del paciente, detalle de prácticas, horario en que se realizó, firma y sello con su correspondiente matrícula habilitante.
- e) En el caso que el Enfermero Domiciliario decida dejar de brindar el servicio, deberá comunicar su decisión al afiliado y/o red primaria de apoyo con una antelación mínima de 15 días. También deberá presentar en la Delegación de IOMA correspondiente, una comunicación escrita y firmada dirigida a la Dirección de Programas Específicos informando la decisión tomada. En la comunicación deberá constar, además de sus datos personales (nombre y apellido, DNI, teléfono y domicilio) el nombre y número de afiliado al cual le ha prestado su servicio, el número de trámite por el cual se autorizó la prestación de la cobertura y el motivo que ha originado el cese de la prestación en caso de considerarlo necesario y una copia de la orden de prestación, ver Planilla 5 de Cambio o Baja.

58 30 / 15

2. De la Red Primaria de Apoyo:

- a) Se entiende por red primaria de apoyo al grupo familiar y/o de pertenencia del afiliado, el cual es responsable de la solicitud de la prestación y quien debe garantizar el entorno y las condiciones aptas en el domicilio para el trabajo del Enfermero.
- b) En el caso que el afiliado y/o su red primaria de apoyo decidan dejar de recibir el servicio que brinda el Enfermero antes de finalizar el plazo de cobertura autorizado, deberán comunicarle al mismo tal decisión con una antelación mínima de 15 días. También deberá presentar en la Delegación de IOMA correspondiente una comunicación escrita y firmada dirigida a la Dirección de Programas Específicos, informando el cese de la prestación. En la comunicación deberán constar además de la fecha del cese de la prestación, el nombre y apellido, DNI, datos afiliatorios, teléfono, domicilio del beneficiario, de la persona responsable y del Enfermero. También deberá indicar el número de trámite por el cual se autorizó la cobertura, y la copia de la Orden de Prestación emitida oportunamente por el IOMA, el motivo que ha originado el cese de la prestación en caso de considerarlo necesario o útil para el IOMA, ver Planilla 5 de Cambio o Baja.

G. MARCO JURÍDICO



Esta Resolución contempla la competencia del ejercicio de la Enfermería distinguiendo entre el nivel profesional y el auxiliar, según Ley Provincial del Ejercicio de la Enfermería 12.245 y su reglamentación



El IOMA no posee convenio con Enfermeros (auxiliares o profesionales) ni entidades que los formen o nucleen, sólo constata que la prestación corresponda al cuadro y realidad clínica del afiliado, en cuyo caso financia la cobertura prestacional, quedando desafectado de todo tipo de responsabilidad (civil, penal, etc.) que pueda originar el servicio que brindará un tercero totalmente ajeno al instituto y elegido por el afiliado.

No existe entre el Enfermero Domiciliario y el Instituto una relación de subordinación o dependencia alguna. El cumplimiento de las obligaciones y de los requisitos de índole administrativo (como la entrega de planillas de asistencia, resumen mensual, etc.) no configuran una relación de subordinación o dependencia laboral.

5830 / 15

El Enfermero Domiciliario no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.

ANEXO II**MODULOS PRESTACIONALES Y VALORES****A. MODULACIÓN**

La cobertura de enfermería domiciliaria para afiliados del IOMA, se autorizará para ser brindada a través de **visitas domiciliarias**. La visita de Enfermería Domiciliaria se encuentra destinada a brindar todas las prácticas específicas de enfermería que requiera el afiliado.

Asimismo estas visitas domiciliarias que tendrán una duración de entre 60 – 90 minutos cada una, se dispone en distintos módulos según la complejidad del paciente y el perfil del profesional que brindará el servicio.

El Enfermero, habiendo evaluado el cuadro clínico del afiliado, y tomado conocimiento de lo indicado por el médico del paciente, propondrá al IOMA la cobertura de Enfermería Domiciliaria a través de visitas en domicilio.

MÓDULO A: MÓDULO DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA BÁSICO

| MÓDULO | VISTAS DIARIAS |
|--------|----------------|
| MA | 1 |

Este módulo está destinado a afiliados con requerimientos de enfermería domiciliaria básica. Podrá ser brindado solo por **Auxiliares de Enfermería**. Contempla solo 1 visita diaria y el afiliado no podrá recibir más de una visita en el domicilio bajo este módulo.

Las prácticas que serán realizadas dentro de este módulo son las descriptas para el Auxiliar de Enfermería:

- Realizar curaciones simples
- Administrar enemas evacuantes
- Realizar medidas de higiene y confort completa.
- Realizar los controles de signos vitales (tensión arterial, pulso, respiración, etc.). Las tareas mencionadas se consideran un apoyo a las tareas de enfermería antes detalladas y solo se autorizarán como complemento de éstas.

58 30 / 15

MÓDULOS P: MÓDULOS DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA PROFESIONAL

| MÓDULO | VISTAS DIARIAS |
|--------|----------------|
| MP1 | 1 |
| MP2 | 2 |
| MP3 | 3 |
| MP4 | 4 |

Estos módulos están destinados a afiliados con requerimientos de enfermería domiciliar profesional. Podrán ser brindados solo por **Enfermeros Profesionales**, contemplan de 1 a 4 visitas por día según la complejidad y el cuadro clínico, y cada afiliado no podrá recibir más de 4 visitas en el domicilio bajo estos módulos.

Las prácticas que serán realizadas dentro de estos módulos son las descritas para el Enfermero Profesional:

- Realizar curaciones simples
- Administrar enemas evacuantes
- Realizar medidas de higiene y confort completa.
- Realizar los controles de signos vitales (tensión arterial, pulso, respiración, etc.). Las tareas mencionadas se consideran un apoyo a las tareas de enfermería antes detalladas y solo se autorizarán como complemento de éstas.
- Administrar medicamentos por catéter central.
- Administrar medicamentos por vía intramuscular.
- Administrar medicamentos por vía parenteral (endovenoso)
- Efectuar punciones venosas periféricas.
- Realizar curaciones complejas que no demanden tratamiento quirúrgico.
- Realizar curaciones de heridas quirúrgicas.
- Manejar la colocación, control y cambio de colector de drenaje.
- Colocar y controlar el funcionamiento de sondas naso gástrica y vesical.
- Retirar sondas naso gástrica y vesical.
- La enfermería para control de glucemia y administración de Insulina se contemplará solamente en pacientes con algún grado de minusvalía o pacientes cuyo conviviente tenga algún grado de incapacidad.

B. VALORES

| MÓDULO | VISTAS DIARIAS | VALOR |
|--------|----------------|--------|
| MA | 1 | \$ 90 |
| MP1 | 1 | \$ 140 |
| MP2 | 2 | \$ 240 |
| MP3 | 3 | \$ 320 |
| MP4 | 4 | \$ 400 |

C. VARIANTES DE LA AUTORIZACIÓN

1. De interés del afiliado y/o su red primaria de apoyo:

- El afiliado podrá recibir servicio de Enfermería Domiciliaria a través del **Módulo A** solo hasta 1 visita diaria como máximo.
- El afiliado podrá recibir servicio de Enfermería Domiciliaria a través de los **Módulos P** hasta 4 visita diarias como máximo.
- El afiliado no podrá recibir el servicio combinado de Módulo A y Modulo P.

2. De interés del Enfermero Domiciliario:

- El máximo de visitas diarias a autorizar para ser realizadas por un Enfermero en el Domicilio será de 10 visitas, independientemente de la cantidad de afiliados a los cuales brinde el servicio.
- El Enfermero Domiciliario que brinde la atención máxima de 10 visitas diarias para varios afiliados, no podrá prestar otro servicio del cual brinde cobertura este IOMA para el mismo u otro afiliado.
- El Auxiliar de enfermería podrá brindar el servicio de prácticas enunciadas en el módulo A de enfermería con un máximo de 1 visita diaria por afiliado.
- El Enfermero Domiciliario podrá brindar el servicio de modulo P hasta un máximo de 4 visitas diarias para un afiliado.

La autorización de la cantidad de visitas dependerá del dictamen de la auditoría especializada de la Dirección de Programas Específicos.

58 30 / 15

NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACIÓN**A. ACCIONES DEL IOMA PARA IMPLEMENTAR LA COBERTURA**

- Orientación al afiliado y/o a su red primaria de apoyo para el acceso a la cobertura prestacional.
- Implementación de diferentes módulos prestacionales que posibilitan la prestación del servicio conforme las necesidades del afiliado y del Enfermero Domiciliario.
- Fiscalización del servicio brindado por el efector para garantizar la calidad prestacional por medio de auditorías profesionales.

B. BUSQUEDA DEL ENFERMERO DOMICILIARIO

IOMA no posee relación contractual alguna con los efectores del servicio y no interviene en su búsqueda, entrevista ni elección. Estará a cargo del afiliado, y/o su red primaria de apoyo la selección y propuesta del Enfermero Domiciliario.

C. REGLAS GENERALES DE ACCESO

1. Se estipulará un máximo de 6 meses de autorización de cobertura del servicio según criterios de auditoría técnica y con posibilidad de ser renovado con debida justificación.
2. La modalidad de cobertura de las prestaciones (prácticas) de Enfermería Domiciliaria son por la vía administrativa de **autorización previa** o por la **vía administrativa del reintegro**.

a) Solicitud vía autorización previa:

Se reconocerá la prestación a partir de la fecha de dictamen de auditoria profesional. En el caso de haber comenzado la prestación antes de iniciarse el trámite, se considerará como fecha límite de autorización de cobertura, la fecha de ingreso del mismo en la Delegación de IOMA.

b) Solicitud vía reintegro:

Se reconocerán los pedidos cuya fecha de presentación no supere los 180 días posteriores a haberse realizado la prestación. Se resolverán en el marco de la Resolución vigente de Reintegros del IOMA y de la presente normativa.

D. REQUISITOS

1. REQUISITOS A CUMPLIR POR EL ENFERMERO DOMICILIARIO

a) Acreditación de formación

El efector individual del servicio deberá presentar la acreditación de su capacitación específica como Auxiliar de Enfermería o Enfermero Profesional y desempeñarse dentro de los límites de competencia para ejercer la enfermería en sus dos niveles (Ley 12.245).

- Deberá poseer **título habilitante** registrado en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Deberá encontrarse habilitado en su ejercicio profesional con **número de matrícula** expedido por el citado organismo.

b) Constancia de opción de AFIP

c) Residencia en la localidad de la prestación o localidad cercana

2. REQUISITOS A CUMPLIR PARA LA SOLICITUD O RENOVACIÓN DE COBERTURA

A los efectos de solicitar cobertura de prácticas de Enfermería Domiciliaria, el afiliado, familiar responsable o persona autorizada deberá presentar ante el IOMA más cercano a su domicilio la documentación que se detalla a continuación:

a) Documentación para solicitar Enfermería Domiciliaria por AUTORIZACIÓN previa:

➤ **Documentación básica**

- Copia del DNI del afiliado directo o titular.
- Copia de la credencial del afiliado directo.
- Copia del DNI del afiliado a cargo (cuando el paciente no sea el titular) y Copia del carnet.

58 30 / 15

- Copia de ultimo recibo de sueldo (afiliado obligatorio) o de ultimo comprobante de pago (afiliado voluntario).
- En caso de poseer Certificado de Discapacidad emitido por Organismo Oficial, copia del mismo.
- En caso de poseer Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (fotocopia de credencial del afiliado, DNI Y último recibo de sueldo o de pago de afiliado voluntario y el Certificado de Discapacidad) sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria.
- Dirección, teléfono del afiliado y teléfonos de contactos.
- Verificación afiliatoria.

➤ **Documentación específica**

- **Planilla 1 de Indicación de Enfermería Domiciliaria:** deberá ser confeccionada por el médico del afiliado. Incluirá datos generales del afiliado, diagnostico, resumen de historia clínica, detalle de la/s práctica/s indicadas, frecuencia de las mismas, periodo de cobertura solicitado, fecha de inicio del servicio, firma y sello del médico prescriptor.
- **Planilla 2 de Solicitud de Enfermería Domiciliaria:** deberá ser completada por el enfermero en original. Incluirá el detalle de las prácticas de enfermería a realizar (acorde a lo indicado por médico tratante), firma, sello, número de matrícula, teléfono fijo y celular del enfermero. También deberá estar firmado por el afiliado, o familiar / responsable.
- Copia de exámenes complementarios relacionados con la patología del paciente. En ningún caso se incluirá en el trámite estudios originales del afiliado.

➤ **Documentación del Enfermero:**

- Copia del título habilitante del enfermero (ambos lados) registrado en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Copia de matrícula habilitante expedida por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Copia del DNI
- Constancia de opción de AFIP

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

b) Documentación para solicitar el REINTEGRO por Enfermería Domiciliaria:

- Toda la documentación citada en los puntos “Documentación básica” y “Documentación específica”.
- Original de recibo de pago y/o factura en formulario B o C debidamente conformados cumpliendo los requisitos exigidos por normas de facturación emanadas de la AFIP, indicando las practicas de Enfermería Domiciliaria realizadas, con firma y sello del responsable.
- Planilla de asistencia y conformidad del afiliado.
- Constancia de CBU del Banco Provincia de Buenos Aires

E. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN

1. Que el afiliado carezca de red primaria de apoyo.
2. Que el afiliado se encuentre recibiendo prestaciones de:
 - Atención Domiciliaria Integral.
 - Internación transitoria o permanente en efectores estatales o privados ya sean de atención médica (2° o 3° nivel) o efectores de servicios sociales (hogares, residencias, etc.)
3. Que el Enfermero Domiciliario no cumpla con lo estipulado en la presente Norma (ámbito de la prestación, actividades específicas, horarios denunciados en Planilla, y para las cuales se autorizó el servicio, etc.)
4. Que el Enfermero Domiciliario delegue el servicio autorizado en su favor a otra persona, como así también facultades, funciones o atribuciones privativas de su actividad.
5. Que el afiliado o red primaria de apoyo solicite cobertura de Enfermería Profesional para tareas de cuidados, supervisión y asistencia permanente en actividades de la vida diaria, prestación que se halla encuadrada en figura de CUIDADOR DOMICILIARIO. En estos casos se informará al afiliado o familiar, a fin de que adjunte la documentación faltante y se pueda redireccionar el pedido bajo la figura prestacional correspondiente
6. Que el afiliado se encuentre cursando cuadros de demencia tal como Alzheimer y enfermedades relacionadas, sin otra condición clínica que amerite la prestación de prácticas domiciliarias de enfermería.

5830 / 15

7. Que el afiliado presente una afección secuelar crónica que no requiera prácticas específicas de enfermería.
8. Que el afiliado presente una enfermedad sistémica en estadio crónico sin requerimientos de prácticas específicas de enfermería.
9. Que el afiliado por su complejidad clínica, requiera para su atención a un equipo multidisciplinario de atención domiciliaria.
10. Que la Planilla de Indicación de Enfermería Domiciliaria no contenga el detalle de prácticas específicas de enfermería que indica el médico tratante y a realizar en el domicilio del paciente. Esta indicación médica en original deberá ser detallada, legible y con firma y sello del profesional prescriptor.
11. Que la Planilla de Solicitud Enfermería Domiciliaria no tenga la firma del enfermero, afiliado y/o familiar.
12. Que se solicite cobertura de prácticas sin un fundamento técnico para ser realizadas en el domicilio del afiliado.
13. **Que el afiliado se encuentre hospitalizado o haya fallecido. La prestación autorizada se suspenderá ante el fallecimiento, hospitalización del afiliado o cualquier motivo justificado por alguna de las partes (enfermero o afiliado).** Se deberá presentar al IOMA nota informando número de trámite que se da de baja, motivos, fecha de la suspensión de la prestación, y datos del afiliado (nombre, apellido y número de afiliado).

F. CIRCUITOS

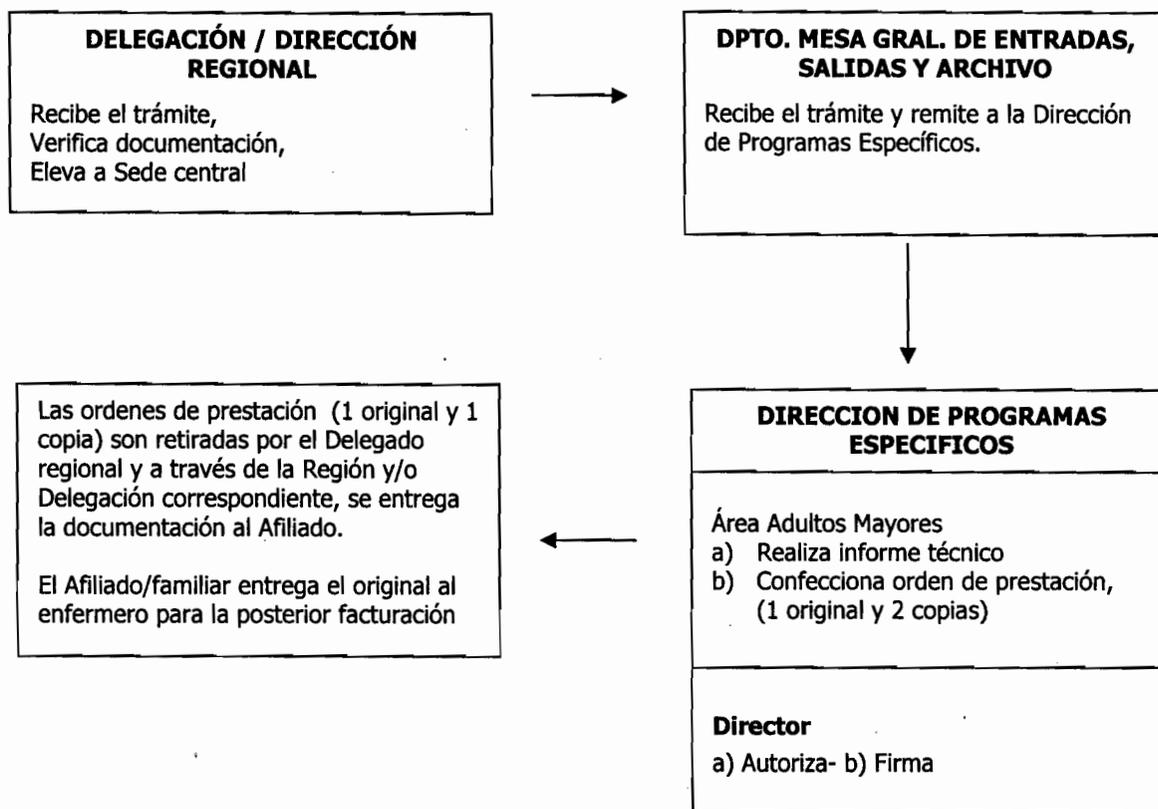
CIRCUITO ADMINISTRATIVO DE LA SOLICITUD DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA

1. Para solicitar el servicio de prácticas de Enfermería Domiciliaria (de nivel auxiliar o profesional) ya sea por vía administrativa de Autorización o Reintegro: el afiliado, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar deberá entregar la documentación en la Delegación o Región del IOMA correspondiente al domicilio del afiliado.
2. Si la documentación se encuentra incompleta o no corresponde a la prestación solicitada será devuelta al afiliado para que la complete.

3. Si la documentación está completa se inicia trámite y el auditor médico de la Delegación / Región emite un informe técnico preliminar fundamentando la aprobación o denegatoria de la cobertura. Posteriormente se enviará a Sede Central.
4. El trámite una vez recibido por Mesa General de Entradas Salida y Archivo de la Sede central de IOMA, es remitido a la Dirección de Programas Específicos, Área Adultos Mayores, donde se efectúa la auditoria especializada que evalúa la solicitud de cobertura y emite informe técnico pertinente.
5. La auditoría técnica podrá autorizar la solicitud, denegarla, o solicitar mayor información para expedirse.
 - a) Se puede solicitar al profesional médico que indicó las prácticas, la ampliación en la fundamentación del servicio sugerido. Del mismo modo puede realizar auditoria en terreno u otras intervenciones similares en caso de considerarlo pertinente. Esto con el objetivo de garantizar la calidad prestacional, y verificar entre otras cosas la justificación del servicio solicitado.
 - b) En caso de denegatoria el médico auditor deberá justificar los motivos de la misma a fin de informar al afiliado lo resuelto por el Instituto.
 - c) En caso de aprobación de la cobertura por vía de autorización, se emitirá orden de prestación por triplicado (1 original y 2 copias), remitiendo original y 1 copia a la Delegación correspondiente, para entrega al afiliado o familiar que acredite vínculo con el afiliado. Este último extenderá el original al enfermero a efectos de la posterior presentación de la facturación.
6. En caso de una solicitud de reintegro, se evaluará la documentación y se remitirá el informe técnico (aprobado o denegado) al Sector de Reintegros o al Honorable Directorio del IOMA, según corresponda, con las normativas vigentes del Instituto al respecto.

5830 / 15

**CIRCUITO ADMINISTRATIVO PARA LA SOLICITUD
DE ENFERMERIA DOMICILIARIA**



58 30 / 15

ANEXO IV

PLANILLAS



5830 / 15

Planilla 1. INDICACIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA

A ser completada y firmada por el Médico prescriptor.

*La presente constituye una Declaración Jurada

APELLIDO y Nombre del afiliado: Edad:

Nº de afiliado: Domicilio. Calle:

Localidad: Teléfono:

A. Médico prescriptor

Sello: Especialidad:

Firma: Matrícula:

Teléfono de contacto laboral: (.....)

B. Diagnóstico que motiva la prescripción

C. Informe médico

Handwritten signature
Handwritten signature

58 30 / 15

[Empty rectangular box for text entry]

D. Prácticas de enfermería indicadas y frecuencia

[Empty rectangular box for text entry]

[Handwritten signature]

5830 / 15

E. Período de cobertura solicitado: desde hasta

Planilla 2. SOLICITUD DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA

A ser completada y firmada por el **Enfermero** y el **afiliado, familiar o responsable**.

La presente constituye una **Declaración Jurada**

QUIEN SUSCRIBE:

Declaro ser: Auxiliar de enfermería
 Enfermero profesional

Con Matrícula N°:

En pleno conocimiento de la normativa de IOMA que regula la prestación de Enfermería Domiciliaria, y habiendo analizado las indicaciones del médico tratante

del Sr/a: Afiliado N°:

presento a continuación el **Plan de Asistencia Diaria (PAD)** con el detalle de las prácticas de enfermería a realizar en su domicilio

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Las mismas se llevarán a cabo los días:

En el horario estimado:

En el domicilio de la calle N° Ciudad de

desde la fecha ____ / ____ / ____

| | |
|-----|-------|
| DNI | |
| TEL | |

.....
Firma y sello del Enfermero

El abajo firmante, **afiliado de IOMA** / familiar o responsable, toma conocimiento de la propuesta de tareas domiciliarias a desarrollar por el enfermero y acepta los términos establecidos en la misma.

.....
Firma del afiliado (no obligatorio)

.....
Firma y vínculo del familiar o responsable

5830 / 15

Planilla 3. AUDITORÍA REGIONAL

A ser completada y firmada por el profesional auditor de la Dirección Regional

APELLIDO y Nombre del afiliado:

Nº de afiliado: Nº de Trámite:

Tildar según corresponda:

| Documentación a ser adjunta en el trámite | Adjuntado | No corresponde |
|--|-----------|----------------|
| Fotocopia de DNI del titular y del familiar para el cual se solicita el servicio. <i>En caso de corresponder se adjuntará la documentación que pruebe el vínculo (curatela, poder)</i> | | |
| Fotocopia de Carnet de IOMA del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio. | | |
| Fotocopia de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios. | | |
| En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad, copia del mismo. | | |
| Si posee Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (DNI, Carnet de IOMA, último recibo de sueldo o de pago de cuota afiliatoria) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria. | | |
| Planilla 1. Indicación de Enfermería Domiciliaria. Disponible online www.ioma.gba.gov.ar | | |
| Planilla 2. Solicitud de Enfermería Domiciliaria. Disponible online www.ioma.gba.gov.ar | | |
| Fotocopia de título de formación del enfermero propuesto. | | |
| Constancia de opción de AFIP del enfermero propuesto.. | | |
| Fotocopia de Matrícula del enfermero propuesto | | |

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

INFORME TÉCNICO Y EVOLUCIÓN A CARGO DEL AUDITOR REGIONAL:

5830 / 15

.....
Firma y sello del auditor regional

Fecha ___/___/___

Planilla 4. AUDITORÍA CENTRAL

A ser completada y firmada por el auditor del Área de Adultos Mayores del IOMA

APELLIDO y Nombre del afiliado:

Nº de afiliado: Nº de Trámite:

ENFERMEROS AUTORIZADOS POR LA PRESENTE AUDITORÍA:

| | | | | | |
|---|----------|---------------------|-------------|--|---|
| Apellido: | | Nombre: | | | |
| Matrícula: Nº: | | Formación: | | Enf. auxiliar <input type="checkbox"/> | Enf. profesional <input type="checkbox"/> |
| Fecha de inicio de cobertura: ___ / ___ / ___ | | Período autorizado: | | | |
| Módulos autorizados | A | A1 | | | |
| | P | P1 | P2 | P3 | P4 |
| Monto Mensual | \$ | | Monto Total | | \$ |

Observaciones del Auditor:

25830 / 15

[Handwritten signature]

Firma y sello del auditor

Fecha: ___ / ___ / ___

Planilla 5. PLANILLA DE CAMBIO O BAJA DE ENFERMERO DOMICILIARIO

A ser completada por el Afiliado ó Enfermero según el caso

Trámite N°

Nombre y apellido del afiliado:
Número de afiliado:

BAJA DE ENFERMERO DOMICILIARIO *A ser completada por el Afiliado o por el Enfermero*

Nombre y apellido del Enfermero que se solicita dar de baja:

Fecha de baja:

Motivo de la baja:

Al solicitarse una BAJA de Enfermero Domiciliario se deberá adjuntar:

- *Fotocopia de DNI de quien firma la presente.*
- *Fotocopia de la orden de prestación.*

Firma y aclaración del Enfermero ó del Afiliado/Familiar (indicar parentesco)

Fecha:

CAMBIO DE ENFERMERO DOMICILIARIO *A ser completada por el Afiliado*

Nombre y apellido del Enfermero que se solicita dar de **Baja**:

Fecha de baja:

Nombre y apellido del Enfermero que se solicita dar de **Alta**:

Fecha de alta:

Motivo del cambio:

La documentación a adjuntar para este nuevo efector será la siguiente:

- *Fotocopia del DNI del nuevo Enfermero.*
- *Fotocopia del título habilitante del nuevo Enfermero.*
- *Fotocopia de constancia de inscripción en AFIP del nuevo Enfermero.*
- *Fotocopia de DNI de quien firma la misma*
- *Fotocopia de orden de Prestación.*
- *Planilla 2 Solicitud de Enfermería Domiciliaria.*

Esta Planilla para cambio de Enfermero está destinada solo a Afiliados con Autorización vigente en curso. La renovación de la prestación deberá solicitarse mediante trámite habitual.

Firma, aclaración y parentesco (si no es el afiliado)

Fecha:

5330 / 15

FACTURACION

A. NORMAS DE FACTURACIÓN PARA EL ENFERMERO DOMICILIARIO

- 1) La facturación será recibida en este IOMA del 01 al 10 de cada mes, a partir del día posterior a la finalización del servicio.
- 2) La factura debe ser B ó C detallando los siguientes datos de este Instituto: domicilio, localidad, número de CUIT y calidad ante el IVA (exento); deberá contener firma y sello del Enfermero Domiciliario. Se presentará factura en original y dos copias.
- 3) Cada factura contendrá sólo un mes determinado de servicio brindado; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al que se está facturando se incluirán en una factura aparte. El mes de cobertura citado se refiere a MES CALENDARIO y no a mes prestacional.
- 4) Cada factura deberá contener facturación de un solo grupo afiliatorio. En caso de ser necesario deberán presentarse hasta 3 facturas según el tipo afiliatorio del beneficiario atendido. Los afiliados a facturar podrán ser:
 - Obligatorios: su número de Carnet comienza con un número.
 - Voluntarios Individuales: su número de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.
 - Voluntarios Colectivos: su número de Carnet comienza con la letra K a la Z.
- 5) Se debe incluir una Planilla de Resumen Mensual en original por cada mes facturado donde se detalla el nombre, apellido y número de afiliado a quien se le ha brindado el servicio; el mes prestacional, la modalidad de Enfermería Domiciliaria brindada, el monto mensual y el valor final mensual. La planilla deberá contener firma y sello del Enfermero.
- 6) Orden de Autorización. Si la facturación presentada corresponde al primer mes del periodo autorizado se deberá adjuntar la Orden de Autorización en original. Mientras que, si la facturación presentada corresponde al segundo mes o subsiguientes de servicio brindado, se deberá adjuntar fotocopia de la Orden de Autorización.
- 7) Se debe incluir en la facturación, una Planilla de Asistencia diaria en original, por cada día de servicio brindado y con la firma del afiliado o de red primaria de apoyo por la cual expresa la conformidad al servicio recibido.

5830 / 15

8) Fotocopia de Constancia de opción de AFIP.

Plazo de presentación de la facturación:

El plazo máximo de vencimiento de presentación de facturación será a los 90 (noventa) días de efectuada la prestación. Toda presentación que supere dicho plazo, no podrá ser liquidada por el IOMA y será devuelta al prestador.

A continuación se adjuntan los modelos de planillas a presentar por los Enfermeros en el trámite de facturación.



5830 / 15

1. PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA



PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA - Conformidad del Afiliado

| | |
|-------------------------|--------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE: | |
| Nº DE AFILIADO: | MES DE PRESTACIÓN: |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: | MATRÍCULA: |

| Día | Entrada | Salida | Firma de Profesional | Firma del Afiliado |
|-----|---------|--------|----------------------|--------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

FIRMA DE AFILIADO O FAMILIAR: _____

ACLARACIÓN DE LA FIRMA: _____

Nº DE DOCUMENTO: _____

GRADO DE PARENTESCO: _____

5830 / 15

B. NORMAS DE REFACTURACIÓN PARA EL ENFERMERO DOMICILIARIO

1. Cuando del proceso de control de la facturación presentada, surjan descuentos a practicar sobre la misma, se realizará el correspondiente débito quedando a disposición del efector del servicio, a partir del momento en que recibe el pago, la planilla de "Detalle de débito" en la Dirección de Finanzas.
2. El efector del servicio se reservará el derecho de analizar los débitos efectuados por el IOMA y realizar la posterior re facturación, si lo considera pertinente. Podrá presentar, dentro de los 60 días corridos posteriores al cobro de la factura, un pedido de reconsideración y a través de un trámite iniciado en la Delegación o Región que le corresponda según domicilio denunciado.
3. La nueva factura que se emita deberá consignar indefectiblemente el número de remito asignado a la factura objeto del ajuste, fotocopia del "Demostrativo de pago", de planilla de "Detalle de débito" y documentación que argumente el reclamo y que justifique la revisión.
4. No se agruparán en una sola factura el pedido de reconsideración de varias notas de débito, sino que se emitirá una por cada remito que fuera objeto de ajuste por el IOMA.
5. El Sector de liquidaciones de la Dirección de Programas Específicos evaluará la documentación, emitirá informe, y girará a la Dirección de Finanzas.

C. ELEVACIÓN DEL TRÁMITE DE FACTURACIÓN

A los fines de agilizar los procesos de liquidación y cancelación de estas prestaciones domiciliarias individuales, el agente de la Delegación / Dirección Regional que reciba la documentación de facturación deberá confeccionar foliar y sellar el correspondiente trámite respetando el siguiente orden de presentación:

- 1ro. Factura en original.
- 2do. Planilla de Resumen mensual en original.
- 3ro. Orden de Prestación (original si es el primer mes facturado o copia si es el segundo mes facturado o subsiguientes)
- 4to. Planilla de Asistencia Diaria.
- 5to. Constancia de opción de AFIP.

5830 / 15

D. CIRCUITO DEL TRAMITE DE FACTURACIÓN

Una vez que el Enfermero recibe la Orden de Autorización Original y a mes vencido de brindada la prestación, debe desde el 1 al 10 de cada mes iniciar el trámite de facturación.

El Enfermero debe ingresar la documentación de facturación completa por la Delegación de IOMA más cerca a su domicilio: el agente del Instituto confeccionara número de trámite y foliará correlativamente la documentación recibida. Luego será girada a Dirección Regional para su envío a Sede Central, Departamento Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

Una vez que la documentación ingresa a Central se remite a la Dirección de Programas Específicos, Área Mesa de Entradas de Facturación donde se procede a la auditoría de la facturación.

El agente liquidador recibe controla y fiscaliza la facturación y los plazos de presentación teniendo como referencia las Órdenes de Autorización emitidas por el Instituto, en las cuales se encuentra detallada la modalidad prestacional autorizada y los valores entre otros. Constata que los montos autorizados concuerden con lo facturado, que haya sido confeccionada la factura en forma legal; corrobora la asistencia firmada por el afiliado o familiar, y solicita al Enfermero, de ser necesario, la documentación faltante.

Posteriormente completa la Planilla de Liquidación de Trámites indicando monto facturado, debitado y conformado, y emite un número de control o número de Remito. En caso de realizarse débitos se confecciona y adjunta Planilla de Demostrativa de Débitos.

La Planilla de Liquidación y la Planilla de Ajuste de Facturación o de Débitos (si la hubiere) se confeccionan de forma prolija, sin tachaduras, manchas, etc., para ser girada a la Dirección de Competencia.

El Director autoriza y firma las planillas u hojas de control. La documentación es girada a Dirección de Finanzas, Departamento de Liquidaciones a fin de que se proceda a emitir Orden de Pago y fecha del mismo Pago.

5830 / 15

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO DOMICILIARIO

ANEXO I. DE LA PRESTACIÓN

- A. INTRODUCCIÓN
- B. OBJETIVOS
- C. ALCANCES DE LA COBERTURA
- D. ÁMBITO DE LA PRESTACIÓN
- E. TAREAS INHERENTES AL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO DOMICILIARIO
- F. OBLIGACIONES DE LA RED PRIMARIA DE APOYO
- G. MARCO JURIDICO

ANEXO II. VALORES

- A. COBERTURA
- B. VARIANTES PARA LA AUTORIZACION

ANEXO III. NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACIÓN

- A. ACCIONES DEL IOMA PARA IMPLEMENTAR LA COBERTURA
- B. BÚSQUEDA DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO DOMICILIARIO
- C. REGLAS GENERALES DE ACCESO
- D. REQUISITOS
- E. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN
- F. CIRCUITOS

ANEXO IV. ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMÚN

- CAPITULO 1: DE LA PRESTACIÓN
- CAPITULO 2: VALORES Y VARIANTES DE AUTORIZACIÓN
- CAPITULO 3: NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACION
- CAPITULO 4: PLANILLAS

ANEXO V. PLANILLAS

- PLANILLA 1: AUDITORÍA REGIONAL PARA AT DOMICILIARIO
- PLANILLA 2: INFORMACION DEL AT EN INSTITUCION EDUCATIVA COMUN
- PLANILLA 3: AUDITORÍA REGIONAL PARA AT EN INSTITUCION EDUCATIVA COMUN
- PLANILLA 4: CAMBIO O BAJA DE AT

ANEXO VI. FACTURACIÓN

- A. NORMAS DE FACTURACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO DOMICILIARIO
- B. NORMAS DE REFACTURACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO DOMICILIARIO
- C. ELEVACIÓN DEL TRÁMITE DE FACTURACIÓN A IOMA CENTRAL

DE LA PRESTACIÓN**A. INTRODUCCIÓN**

Desde la Dirección de Programas Específicos y en el marco legal actual, este IOMA brinda cobertura de Acompañante Terapéutico para afiliados a partir de los 6 años de edad con potencial de rehabilitación y pasibles de intervenciones terapéuticas. El abordaje se realizará en las áreas físico, emocional y social y a partir de las pautas indicadas por un equipo interdisciplinario, o en su defecto por un profesional tratante.

Cabe destacar el esfuerzo que esta Obra Social viene desarrollando a través de la regulación y normalización de prestaciones otorgadas dentro del marco legal vigente, en pos de efectivizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas destinatarias, partiendo de la convicción de que el derecho a la salud es el eje que atraviesan las políticas públicas a las que adhiere el Instituto.

Las características de la población de interés justifican un abordaje centrado en la atención domiciliaria, valorando el tratamiento interdisciplinario ambulatorio, propiciando la autonomía, fomentando el autovalimiento, y fortaleciendo los lazos sociales mediante el desarrollo de habilidades para sostener su socialización y postergar o retrasar la institucionalización.

Frente a la expansión y complejidad de las demandas de cobertura que recibe este IOMA en el campo clínico actual, entendemos que esta propuesta intenta ser superadora respecto de los dispositivos tradicionales y tiene como propósito constituir una alternativa de abordaje en domicilio. Este recurso específico encuentra su validación en investigaciones que han puesto de manifiesto la eficacia de las intervenciones situadas y contextuales como las que aquí se exponen y ha demostrado una buena evolución e impacto favorable en la salud de los afiliados y de su red primaria de apoyo (familiares y/o grupo de pertenencia)

El fin de la presente Norma es enmarcar esta modalidad domiciliaria para brindar cobertura prestacional adecuada a la población mencionada resguardando la calidad y el acceso equitativo a la prestación.

5830 / 15

B. OBJETIVOS DE LA PRESTACIÓN

1. OBJETIVO GENERAL

- Facilitar al afiliado la rehabilitación e intervenciones terapéuticas en las áreas física, emocional y social con el fin de mejorar su calidad de vida, evitando o retrasando la institucionalización y promoviendo la inserción social.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar la atención del afiliado en su domicilio.
- Colaborar al sostenimiento del tratamiento interdisciplinario ambulatorio.
- Propiciar la autonomía.
- Fomentar el autovalimiento.
- Fortalecer los lazos sociales desarrollando habilidades para sostener su socialización.
- Postergar o retrasar la institucionalización.
- Brindar una cobertura prestacional acorde a los últimos consensos técnicos y en consonancia con la legislación y reglamentaciones vigentes.

C. ALCANCES DE LA COBERTURA

1. La prestación de Acompañante Terapéutico Domiciliario está destinada a afiliados desde los 6 años de edad con potencial de rehabilitación y pasibles de intervenciones terapéuticas en las áreas físico, emocional y social.
2. Dicha prestación deberá adecuarse a las indicaciones específicas del equipo interdisciplinario, o de un profesional tratante.
3. El afiliado deberá contar con una red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia) En caso de no contar con ella, la prestación de Acompañante Terapéutico Domiciliario no podrá ser autorizada.

D. ÁMBITO DE LA PRESTACIÓN

Se autorizará la prestación de Acompañante Terapéutico para ser brindada en:

1. El domicilio del afiliado.
2. Ámbitos ocio - recreativos, previa autorización de la red primaria de apoyo.
3. Institución educativa común. Ver Anexo VI

58 30 / 15

Ámbitos excluidos de la cobertura:

Quedan excluidos de los alcances de la presente Norma las solicitudes de cobertura de Acompañante terapéutico para ser brindada en instituciones de internación transitoria o permanente en efectores de carácter social o sanitario ya sea del ámbito estatal o privado (Hospital, Clínica, Clínica Psiquiátrica, Hogar, entre otros) así como en Instituciones tales como Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Rehabilitación, Hospital de Día, Comunidades Terapéuticas, etc.

E. TAREAS INHERENTES AL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO DOMICILIARIO

1. El Acompañante Terapéutico Domiciliario realizará tareas: para fomentar el manejo autónomo e independiente en la comunidad (comunicación, transporte, manejo del dinero, etc) para propiciar autovalimiento (entrenamiento para el vestido, arreglo personal, higiene y hábitos alimentarios) para favorecer la socialización (en espacios recreativos, etc.)
2. El Acompañante Terapéutico Domiciliario realizará las tareas arriba mencionadas teniendo en cuenta las necesidades del beneficiario y contando siempre con el consenso de su red primaria de apoyo.
3. El Acompañante Terapéutico Domiciliario deberá informar al IOMA el horario (hora - día) de cumplimiento del servicio a fin de evaluar su real prestación cuando será necesario.
4. En el caso que el Acompañante Terapéutico Domiciliario decida dejar de brindar el servicio, deberá comunicar su decisión al afiliado y/o red primaria de apoyo con una antelación mínima de 15 días. También deberá presentar en la Delegación de IOMA correspondiente, una comunicación escrita y firmada dirigida a la Dirección de Programas Específicos informando la decisión tomada. En la comunicación deberá constar, además de sus datos personales (nombre y apellido, DNI, teléfono y domicilio) el nombre y número de afiliado al cual le ha prestado su servicio, el número de trámite por el cual se autorizó la prestación de la cobertura y el motivo que ha originado el cese de la prestación en caso de considerarlo necesario y una copia de la orden de prestación, ver Planilla 4 de Cambio o Baja.
5. El Acompañante Terapéutico Domiciliario no realizará tareas de enfermería, de cuidado de niños, ni de servicio doméstico tales como limpieza del hogar, de la indumentaria personal del afiliado, de objetos personales, cambio de pañales, preparación de alimentos, higiene, confort total, etc.

6. El Acompañante Terapéutico Domiciliario no realizará traslados con el afiliado en medios de transporte sin autorización previa del mismo y/o su red primaria de apoyo.
7. El Acompañante Terapéutico Domiciliario no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.

F. OBLIGACIONES DE LA RED PRIMARIA DE APOYO

Se entiende por red primaria de apoyo al grupo familiar y/o de pertenencia del afiliado, el cual es responsable de la solicitud de la prestación y quién debe garantizar el entorno y las condiciones aptas en el domicilio para el trabajo del Acompañante Terapéutico Domiciliario.

En el caso que el afiliado y/o su red primaria de apoyo decidan dejar de recibir el servicio que brinda el Acompañante Terapéutico antes de finalizar el plazo de cobertura autorizado, deberán comunicarle al mismo tal decisión con una antelación mínima de 15 días. También deberá presentar en la Delegación de IOMA correspondiente una comunicación escrita y firmada dirigida a la Dirección de Programas Específicos, informando el cese de la prestación. En la comunicación deberán constar además de la fecha del cese de la prestación, el nombre y apellido, DNI, datos afiliatorios, teléfono, domicilio del beneficiario, de la persona responsable y del Acompañante Terapéutico Domiciliario. También deberá indicar el número de trámite por el cual se autorizó la cobertura, y la copia de la Orden de Prestación emitida oportunamente por el IOMA, el motivo que ha originado el cese de la prestación en caso de considerarlo necesario o útil para el IOMA, ver Planilla 4 de Cambio o Baja.

G. MARCO JURÍDICO

El IOMA no posee convenio alguno con Acompañantes Terapéuticos ni entidades que los formen o nucleen, sólo constata que la prestación corresponda al cuadro y realidad clínico - social del afiliado, en cuyo caso financia la cobertura prestacional, quedando desahogado de todo tipo de responsabilidad (civil, penal, etc.) que pueda originar el servicio que brindará un tercero totalmente ajeno al instituto y elegido y propuesto por el afiliado.

No existe entre el Acompañante Terapéutico Domiciliario y el Instituto una relación de subordinación o dependencia alguna. El cumplimiento de las obligaciones y de los requisitos de índole administrativo (como la entrega de planillas de asistencia, resumen mensual, etc.) no configuran una relación de subordinación o dependencia laboral.

58 30 / 15

| |
|----------------|
| VALORES |
|----------------|

A. COBERTURA

El servicio de Acompañante Terapéutico Domiciliario para afiliados del IOMA se autorizará a través de horas de cobertura, cuya cantidad dependerá de la situación y complejidad del cuadro que este cursando el afiliado que solicite a prestación,

Contempla la atención de Acompañante Terapéutico Domiciliario hasta 6 horas diarias y hasta un máximo de 25 horas semanales, en total 100 horas mensuales.

| HORA | VALOR |
|------|--------|
| 1 | \$ 100 |

B. VARIANTES PARA LA AUTORIZACION**1. De interés del afiliado y/o su red primaria de apoyo:**

- a) Si la situación del afiliado lo justifica, éste podrá recibir el servicio de Acompañante Terapéutico Domiciliario hasta un máximo de 6 horas diarias.
- b) Si el afiliado recibe servicio de Acompañante Terapéutico en Domicilio no podrá recibir otro servicio similar a ser brindado por el mismo efector.

2. De interés del Acompañante Terapéutico Domiciliario:

- a) El efector podrá brindar el servicio de Acompañante Terapéutico Domiciliario por un máximo de 6 horas diarias, 25 horas semanales y 100 horas mensuales por cada afiliado.
- b) En ningún caso un Acompañante Terapéutico Domiciliario podrá exceder la carga horaria máxima de 12 horas diarias de atención para 2 o más afiliados.
- c) El Acompañante Terapéutico Domiciliario que brinde la carga horaria máxima de 12 horas diarias (2 o más afiliados) no podrá prestar otro servicio del cual brinde cobertura este IOMA. Si la carga horaria diaria brindada es menor, podrá prestar otro servicio hasta completar un máximo de 12 horas diarias.

La autorización de las horas de Acompañante Terapéutico dependerá del dictamen de la auditoría especializada de la Dirección de Programas Específicos.

ANEXO III

NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACIÓN

A. ACCIONES DEL IOMA PARA IMPLEMENTAR LA COBERTURA

- Orientación al afiliado y/o a su red primaria de apoyo para el acceso a la cobertura prestacional.
- Implementación de diferentes módulos prestacionales que posibilitan la prestación del servicio conforme las necesidades y del afiliado.
- Fiscalización del servicio brindado por el efector para garantizar calidad prestacional por medio de auditorías profesionales.

B. BÚSQUEDA DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO DOMICILIARIO

IOMA no posee relación contractual alguna con los efectores del servicio ni sus representantes, y no interviene en su búsqueda, entrevista ni elección de éstos. Estará a cargo del afiliado, y/o su red primaria de apoyo la selección y propuesta del Acompañante Terapéutico Domiciliario.

C. REGLAS GENERALES DE ACCESO

1. La modalidad de cobertura es por la vía administrativa de Autorización Previa o del Reintegro.
2. Si se trata de pedido de cobertura por vía administrativa de Autorización Previa se reconocerá la autorización del servicio a partir de la fecha de presentación del trámite o la fecha determinada por la auditoría especializada.
3. Si se trata de pedido de cobertura por vía del Reintegro se reconocerán los pedidos cuya fecha de presentación no supere los 180 días posteriores a haberse realizado la prestación. Se resolverán en el marco de la Resolución vigente de Reintegros del IOMA y de la presente normativa.
4. Se estipulará un máximo de 12 meses de autorización de cobertura del servicio según criterios de auditoría técnica y con posibilidad de ser renovado con debida justificación.

D. REQUISITOS

1. REQUISITOS A CUMPLIR POR EL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO DOMICILIARIO

a) Acreditación de formación

El efector individual del servicio deberá presentar la acreditación de su capacitación específica como:

- ✓ Acompañante Terapéutico, o
- ✓ Estudiante avanzado de las licenciaturas en Psicología y en Terapia Ocupacional.

En todos los casos, los títulos /certificaciones deberán estar reconocidos por Organismos públicos nacionales, provinciales y/o municipales, tales como Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE), la Dirección Provincial de Educación de Gestión Privada (DIPREGE) y Universidades Nacionales.

En los casos donde se deba contemplar una excepción en cuanto al perfil y/o formación del efector del servicio, su autorización queda supeditada a la evaluación de la auditoría especializada de la Dirección de Programas Específicos (Ley de IOMA 6951 art. 15, 24, 39)

b) Constancia de opción de AFIP.

c) Residencia en la localidad de la prestación, o localidad cercana.

2. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD O RENOVACIÓN DE LA COBERTURA

La solicitud de la cobertura del servicio estará a cargo del afiliado y/o su red primaria de apoyo. Se deberá presentar documentación en la Delegación o Región correspondiente a su domicilio.

a) Documentación para solicitar Acompañante Terapéutico por AUTORIZACIÓN previa

- Fotocopia de DNI del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.
- Fotocopia de Carnet de IOMA del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.
- Fotocopia de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios.
- En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad, copia del mismo.
- En caso de poseer Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (Fotocopia de DNI, Fotocopia de Credencial, Fotocopia del último

recibo de sueldo o de pago en caso de afiliados voluntarios) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria.

- Prescripción del profesional Médico o Psicólogo.
- Historia clínica confeccionada por profesional Médico o Psicólogo.
- Plan de trabajo a cumplir por el Acompañante Terapéutico ajustado a las indicaciones del Médico o Psicólogo.
- Detalle de carga horaria (días - horas) en la cual se realizará la tarea.
- En caso de tratarse de una RENOVACIÓN incluir copia de la Orden de Prestación por la que se autorizó el periodo anterior, informe de evolución confeccionado por el Acompañante Terapéutico, e indicaciones específicas del profesional prescriptor sobre las tareas que deberá realizar el Acompañante Terapéutico para el nuevo periodo.
- Fotocopia del título de formación del efector del servicio.
- Currículum Vitae del efector del servicio.
- Constancia de opción de AFIP del efector del servicio.

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

b) Documentación para solicitar el REINTEGRO por Acompañante Terapéutico

Deben enviar toda la documentación del punto a y también incluir:

- Original de recibo de pago y/o factura en formulario B o C debidamente conformados cumpliendo los requisitos exigidos por normas de facturación emanadas de la AFIP, con firma y sello del responsable.
- Planilla de asistencia y conformidad del afiliado.
- Constancia de CBU del Banco Provincia de Buenos Aires del efector del servicio.

E. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN

1. Que el afiliado carezca de red primaria de apoyo.
2. Que exista superposición horaria con alguna prestación tal como servicio de Escuela Especial, Centro de Rehabilitación, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hospital de Día, Comunidad Terapéutica, etc.

3. Que el afiliado se encuentre recibiendo servicio de Atención Domiciliaria Integral, que esté internado en efectores del II° Nivel de atención como Clínicas, Sanatorios u Hospitales, o se encuentre internado en Centros de Rehabilitación, Hogares, Clínicas Psiquiátricas, etc.
4. Que el Acompañante Terapéutico Domiciliario no cumpla con lo estipulado en la presente Norma (ámbito de la prestación, actividades específicas, horarios denunciados en el presente y para las cuales se autorizó el servicio, etc.).
5. Que el Acompañante Terapéutico Domiciliario delegue el servicio autorizado en su favor a otra persona, como así también facultades, funciones o atribuciones privativas de su actividad.

F. CIRCUITOS

CIRCUITO ADMINISTRATIVO PARA LA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO DOMICILIARIO

1. Para solicitar el servicio de prácticas de Acompañante Terapéutico Domiciliario ya sea por vía administrativa de Autorización o Reintegro: el afiliado, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar deberá entregar la documentación en la Delegación o Región del IOMA correspondiente al domicilio del afiliado.
2. Si la documentación se encuentra incompleta o no corresponde a la prestación solicitada será devuelta al afiliado para que la complete.
3. Si la documentación está completa se inicia trámite y el auditor médico de la Delegación / Región emite un informe técnico preliminar fundamentando la aprobación o denegatoria de la cobertura. Posteriormente se enviará a Sede Central.
4. El trámite una vez recibido por Mesa General de Entradas Salida y Archivo de la Sede central de IOMA, es remitido a la Dirección de Programas Específicos donde se efectúa la auditoría especializada que evalúa la solicitud de cobertura y emite informe técnico pertinente.
5. La auditoría técnica podrá autorizar la solicitud, denegarla, o solicitar mayor información para expedirse.

a) Se puede solicitar al profesional médico que indicó las prácticas, la ampliación en la fundamentación del servicio sugerido. Del mismo modo puede realizar auditoría en

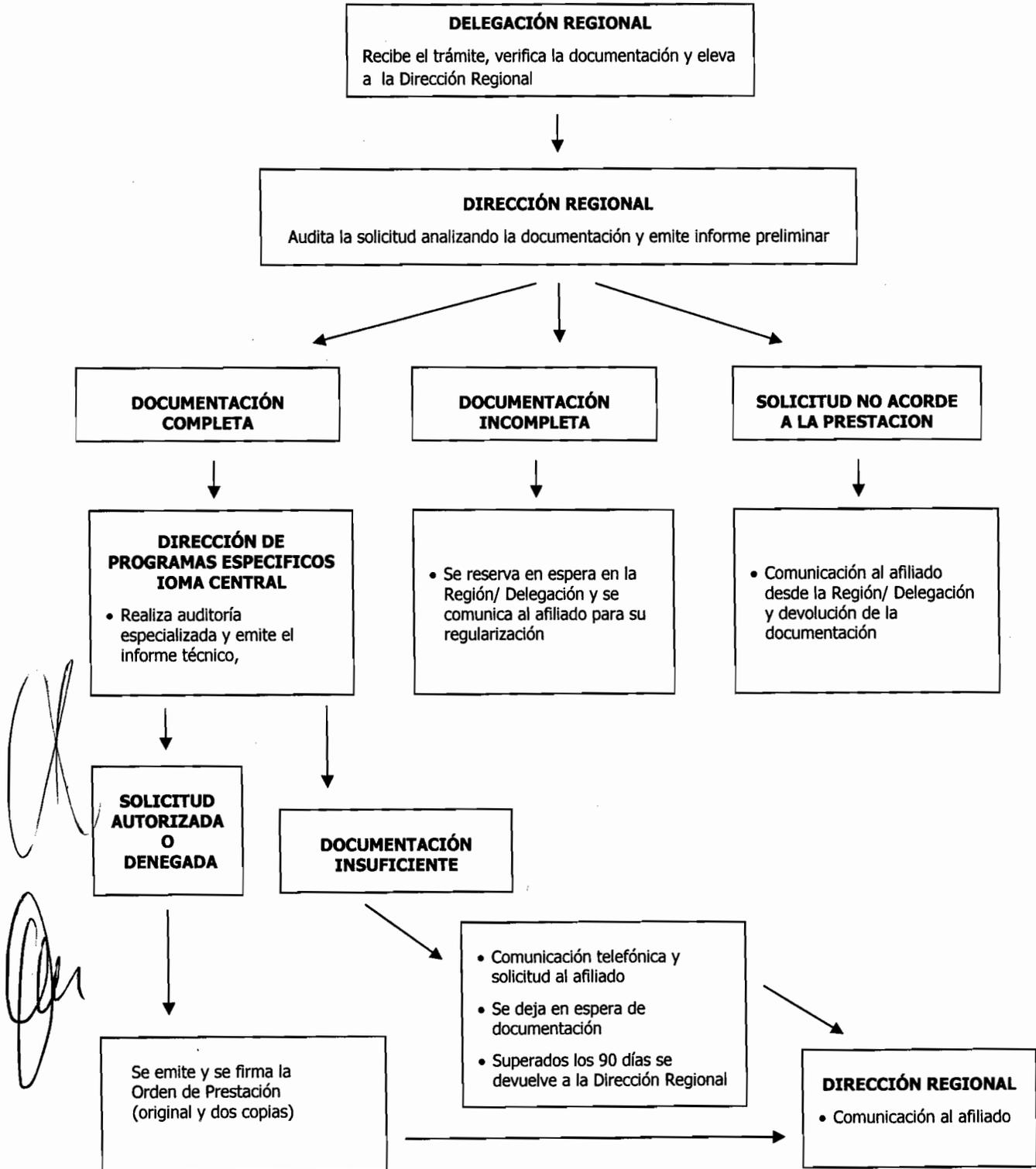
terreno u otras intervenciones similares en caso de considerarlo pertinente. Esto con el objetivo de garantizar la calidad prestacional, y verificar entre otras cosas la justificación del servicio solicitado.

- b) En caso de denegatoria el médico auditor deberá justificar los motivos de la misma a fin de informar al afiliado lo resuelto por el Instituto.
 - c) En caso de aprobación de la cobertura por vía de autorización, se emitirá orden de prestación por triplicado (1 original y 2 copias), remitiendo original y 1 copia a la Delegación correspondiente, para entrega al afiliado o familiar que acredite vínculo con el afiliado. Este último extenderá el original al Acompañante Terapéutico a efectos de la posterior presentación de la facturación.
6. En caso de una solicitud de reintegro, se evaluará la documentación y se remitirá el informe técnico (aprobado o denegado) al Sector de Reintegros o al Honorable Directorio del IOMA, según corresponda, con las normativas vigentes del Instituto al respecto.



5º 30 / 15

**CIRCUITO ADMINISTRATIVO
PARA LA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**



58 30 / 15

ANEXO VI

ACOMPAÑANTE TERAPEÚTICO EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMÚN

CAPITULO 1. DE LA PRESTACIÓN

- A. INTRODUCCIÓN
- B. OBJETIVOS
- C. ALCANCES DE LA COBERTURA
- D. ÁMBITO DE LA PRESTACIÓN
- E. TAREAS INHERENTES AL EFECTOR DEL SERVICIO
- F. OBLIGACIONES DE LA RED PRIMARIA DE APOYO
- G. MARCO JURÍDICO

CAPITULO 2. VALORES Y VARIANTES DE AUTORIZACIÓN

- A. COBERTURA
- B. VARIANTES PARA LA AUTORIZACIÓN

CAPITULO 3. NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACIÓN

- A. ACCIONES DEL IOMA PARA IMPLEMENTAR LA COBERTURA
- B. INCORPORACIÓN DEL AT EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMÚN
- C. BÚSQUEDA DEL EFECTOR DEL SERVICIO
- D. REGLAS GENERALES DE ACCESO
- E. REQUISITOS
- F. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN
- G. CIRCUITOS



5830 / 15

CAPITULO 1: DE LA PRESTACIÓN

A. INTRODUCCIÓN

Desde la Dirección de Programas Específicos y en el marco legal actual, este IOMA brinda cobertura de Acompañante Terapéutico en **Institución Educativa común**, de gestión estatal o privada, en los niveles inicial a partir de 3 años (Primera Sección del Jardín de Infantes), primario, secundario, superior para afiliados que lo necesiten, con discapacidad o trastornos en el desarrollo entre otros y que se especificarán en la presente Norma. El abordaje se realizará en pos de favorecer la inclusión en el Sistema General de Educación para propiciar el máximo desarrollo educativo y social, fomentar la autonomía, el autovalimiento entre otros.

Cabe destacar el esfuerzo que esta Obra Social viene desarrollando a través de la regulación e implementación de prestaciones otorgadas dentro del marco legal vigente, con la pretensión de efectivizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas destinatarias.

Es dable mencionar asimismo, que fruto de la intención de continuar y profundizar la gestión realizada, se ha concebido la presente normativa con el propósito de regular específicamente la prestación en cuestión, a efectos de poder brindar respuestas más adecuadas a beneficiarios y efectores.

El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común desarrollará la actividad de modo personal e independiente, y no a través de sociedades o empresas pertenecientes al rubro de la salud, o afines.

Las características de la población de interés y el criterio que la Institución Educativa Común tenga respecto de las necesidades particulares de cada afiliado justificarán el abordaje del Acompañante Terapéutico en ésta Institución, centrado en el logro de la inclusión educativa y social y entendiendo que la tarea a realizar por el efector del servicio siempre se encontrará subordinada a las definiciones contenidas en el proyecto curricular del alumno y de la institución escolar y no será con fines pedagógicos .

Frente a la expansión y complejidad de las demandas de cobertura que recibe este IOMA en el campo educacional actual, entendemos que este recurso específico encuentra su validación en investigaciones que han puesto de manifiesto la eficacia de las intervenciones como las que aquí se exponen y la buena evolución e impacto favorable en la inclusión educativa y social de los afiliados.

El fin de la presente Norma es enmarcar esta modalidad prestacional en Institución Educativa común para brindar cobertura adecuada a la población mencionada resguardando la calidad y el acceso equitativo a la educación.

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

- Garantizar al afiliado la inclusión en los distintos niveles del Sistema Educativo formal promoviendo intervenciones terapéuticas o asistenciales en las áreas física, emocional y social con el fin de lograr su inclusión social y educativa y de mejorar su calidad de vida.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer el máximo desarrollo educativo y social.
- Promover el acceso a educación de calidad.
- Propiciar la autonomía.
- Fomentar el autovalimiento.
- Fortalecer los lazos sociales desarrollando habilidades para sostener su socialización.
- Ofrecer contención física y emocional.
- Brindar una cobertura prestacional acorde a los últimos consensos técnicos y en consonancia con la legislación y reglamentaciones vigentes.

C. ALCANCES DE LA COBERTURA

La prestación de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa común, de gestión estatal o privada, se brindará en los niveles: inicial (a partir de la primera sección), primario, secundario y superior para afiliados con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA), Trastornos de tics, Trastornos Motores, patologías sensoriales con alto grado de dependencia (auditivas y visuales), Psicosis, Trastorno de la Personalidad, etc. No encontrándose contemplada la cobertura para afiliados con Discapacidad Intelectual sin patologías asociadas como las mencionadas anteriormente.

D. ÁMBITO DE LA PRESTACIÓN

Se autorizará la prestación de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa para ser brindada en Institución Educativa común, de gestión estatal o privada, en el nivel inicial (a partir de la primera sección), primario, secundario o superior.

Ámbitos excluidos de la cobertura:

Quedan excluidos de los alcances de la presente Norma las solicitudes de cobertura de Acompañante terapéutico en Institución Educativa Común para ser brindada en institución de modalidad de Educación Especial.

E. TAREAS INHERENTES AL EFECTOR DEL SERVICIO

1. El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común realizará tareas para fomentar la inclusión educativa y social, el manejo autónomo e independiente, propiciando el autovalimiento.
2. El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común realizará actividades terapéuticas y/o asistenciales, según la definición del Proyecto Curricular del afiliado y de la institución.
 - a. Actividades Terapéuticas: Acciones destinadas a contener conductas disfuncionales favoreciendo el autovalimiento, la independencia y la incorporación de nuevos modelos de interacción social.
 - b. Actividades Asistenciales: Acciones para atender las necesidades básicas tales como transferencias, movilidad, higiene, alimentación u otra atención especializada que se requiera.
3. El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común realizará las tareas arriba mencionadas teniendo en cuenta las necesidades del afiliado y contando siempre con el consenso de su red primaria de apoyo, la Institución Educativa Común y el equipo tratante.
4. El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común deberá informar al IOMA el horario (hora - día) de cumplimiento del servicio a fin de evaluar su real prestación cuando sea necesario.
5. El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común no realizará tareas pedagógicas, las intervenciones curriculares estarán a cargo exclusivamente de los docentes del Sistema Educativo.
6. El AT en Institución Educativa Común desarrollará la actividad de modo personal e independiente, y no a través de sociedades o empresas pertenecientes al rubro de la salud, o afines.

7. El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.
8. En el caso que el Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común decida dejar de brindar el servicio, deberá comunicar su decisión al afiliado y/o red primaria de apoyo con una antelación mínima de 15 días. Asimismo deberá presentar en la Delegación de IOMA correspondiente, la Planilla 4 (CAMBIO O BAJA) comunicando la decisión tomada

F. OBLIGACIONES DE LA RED PRIMARIA DE APOYO

Se entiende por red primaria de apoyo al grupo familiar y/o de pertenencia del afiliado, el cual es responsable de la solicitud de la cobertura prestacional y quién deberá garantizar que el entorno y las condiciones sean aptas para el trabajo del AT en Institución Educativa.

En el caso que el afiliado y/o su red primaria de apoyo decidan dejar de recibir el servicio que brinda el Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común antes de finalizar el plazo de cobertura autorizado, deberán comunicarle al mismo tal decisión con una antelación mínima de 15 días. Asimismo deberá presentar en la Delegación de IOMA correspondiente una Planilla 2 (CAMBIO O BAJA) comunicando el cese de la prestación.

G. MARCO JURÍDICO

El IOMA no posee convenio alguno con Acompañantes Terapéuticos en Instituciones Educativas ni entidades que los formen o nucleen, sólo constata que la prestación corresponda al cuadro y realidad del afiliado, en cuyo caso financia la cobertura prestacional, quedando desafectado de todo tipo de responsabilidad (civil, penal, etc.) que pueda originar el servicio que brindará un tercero totalmente ajeno al instituto, elegido y propuesto por el familiar del afiliado y autorizado para la tarea en la Institución Educativa por la Dirección General de Escuelas (Inspectora de Área o Distrital) en provincia de Buenos Aires o autoridades del Ministerio de Educación de Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

No existe entre el Acompañante Terapéutico en Institución Educativa y este Instituto una relación de subordinación o dependencia alguna. El cumplimiento de las obligaciones y de los requisitos de índole administrativo (como la entrega de planillas de asistencia, resumen mensual, etc.) no configuran una relación de subordinación o dependencia laboral.

CAPITULO 2: VALORES

A. COBERTURA

El servicio de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa común, de gestión estatal o privada para afiliados del IOMA, se autorizará a través de horas de cobertura, cuya cantidad dependerá de la carga horaria diaria/mensual en la cual el afiliado concurra al servicio educativo.

| HORA | VALOR |
|------|--------|
| 1 | \$ 100 |

* Habiéndose omitido en el aumento de aranceles otorgado por Resol. 1978/15 por error, la figura del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común, se reconocerá a este efector el monto de \$80 la hora, desde el 01 abril hasta el 30 septiembre de 2015.

B. VARIANTES PARA LA AUTORIZACION

1. De interés del afiliado y/o su red primaria de apoyo:

- a) Si la situación del afiliado lo justifica, y las autoridades actuantes mencionadas en el Marco Jurídico del presente han emitido autorización para el ingreso del Acompañante Terapéutico al establecimiento educativo, el afiliado podrá recibir el servicio de interés con financiamiento del IOMA.
- b) Si el afiliado recibe servicio de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común no podrá recibir otro servicio similar a ser brindado por el mismo efector.

2. De interés del Acompañante Terapéutico:

- a) El efector podrá brindar el servicio de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común de acuerdo a la carga horaria requerida por el establecimiento educativo y avalada por los supervisores.
- b) En ningún caso el efector del servicio podrá exceder la carga horaria máxima de 12 horas diarias / 72 horas semanales / 288 horas mensuales de atención para 2 o más afiliados (en cualquiera de los servicios previstos por normas del Instituto). Si la carga horaria diaria brindada es menor, podrá prestar otro servicio hasta completar el máximo mencionado.

La autorización de las horas de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común dependerá del dictamen de la auditoría especializada de la Dirección de Programas Específicos.

5830 / 15

CAPITULO 3: NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACIÓN**A. ACCIONES DEL IOMA PARA IMPLEMENTAR LA COBERTURA**

- Orientación al afiliado y/o a su red primaria de apoyo para el acceso a la cobertura prestacional.
- Fiscalización del servicio brindado por el efector para garantizar calidad prestacional por medio de auditorías profesionales.

B. INCORPORACIÓN DEL ACOMPAÑANTE TERAPEÚTICO EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMÚN

IOMA no determina la necesidad de la incorporación del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común sino que será el Sistema Educativo el que decida acerca de la incorporación mencionada, medida que deberá estar centrada en la necesidad del afiliado más que en la existencia de un determinado diagnóstico, necesidad institucional o familiar. En consecuencia se solicitará una autorización para el ingreso del Acompañante Terapéutico con detalle de nombre y apellido de la persona que realizará la tarea y el horario a cumplir en la institución, documento que deberá contar con firma y sello de la Inspectora de Área o Distrital de la Dirección General de Cultura y Educación en provincia de Buenos Aires o autoridades del Ministerio de Educación de Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

C. BÚSQUEDA DEL EFECTOR DEL SERVICIO

IOMA no posee relación contractual alguna con los efectores del servicio ni sus representantes, y no interviene en su búsqueda, entrevista ni elección de éstos. Estará a cargo del afiliado, y/o su red primaria de apoyo la selección y propuesta del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común y deberá contar con la autorización para la tarea de las autoridades del Sistema Educativo.

D. REGLAS GENERALES DE ACCESO

1. La modalidad de cobertura es por la vía administrativa de Autorización Previa o de Reintegro.
2. Si se trata de pedido de cobertura por vía administrativa de Autorización Previa se reconocerá la autorización del servicio a partir de la fecha de presentación del trámite o la fecha determinada por la auditoría especializada.
3. Si se trata de pedido de cobertura por vía de Reintegro se reconocerán los pedidos cuya fecha de presentación no supere los 180 días posteriores a haberse realizado la prestación.

Se resolverán en el marco de la Resolución vigente de Reintegros del IOMA y de la presente normativa.

4. Se estipulará un máximo de 10 meses de autorización de cobertura del servicio según criterios de auditoría técnica y con posibilidad de ser renovado con debida justificación.

E. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD O RENOVACIÓN DE LA COBERTURA

La solicitud de la cobertura del servicio estará a cargo del afiliado y/o su red primaria de apoyo. Se deberá presentar documentación en la Delegación o Región correspondiente a su domicilio.

a) Documentación para solicitar Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común por AUTORIZACIÓN previa

- Fotocopia de DNI del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.
- Fotocopia de Carnet de IOMA del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.
- Fotocopia de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios.
- En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad, copia del mismo.
- En caso de poseer Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (Fotocopia de DNI, Fotocopia de Credencial, Fotocopia del último recibo de sueldo o de pago en caso de afiliados voluntarios) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria.
- Prescripción del profesional de la salud a fin con el diagnóstico del afiliado (Médico, Lic. en Psicología, Lic. en Terapia Ocupacional, Lic. en Psicopedagogía, Lic. en Fonoaudiología).
- Historia clínica confeccionada por profesional de la salud a fin con el diagnóstico del afiliado (Médico, Lic. en Psicología, Lic. en Terapia Ocupacional, Lic. en Psicopedagogía, Lic. en Fonoaudiología).
- Autorización para el ingreso del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común con firma, sello de la Inspectoría de Área o Distrital de la Dirección General de Cultura y Educación en provincia de Buenos Aires o autoridades intervinientes del Ministerio de Educación de Ciudad Autónoma de Buenos Aires detallando nombre y apellido de la persona que realizará la tarea y el horario a cumplir en la institución.
- Plan de trabajo a cumplir por el Acompañante Terapéutico ajustado a las indicaciones del profesional de la salud prescriptor.
- En caso de tratarse de una RENOVACIÓN incluir: a) copia de la Orden de Prestación por la que se autorizó el periodo anterior; b) informe de evolución confeccionado por el

Acompañante Terapéutico; c) indicaciones específicas del profesional prescriptor sobre las tareas que deberá realizar el Acompañante Terapéutico para el nuevo periodo.

- Planilla 2. Información del AT en Institución Educativa Común.
- Fotocopia del título de formación del efector del servicio.
- Currículum Vitae del efector del servicio.
- Constancia de opción de AFIP del efector del servicio.

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

b) Documentación para solicitar el REINTEGRO por Acompañante Terapéutico

Deben enviar toda la documentación del punto a) y también incluir:

- Original de recibo de pago y/o factura en formulario B o C debidamente conformados cumpliendo los requisitos exigidos por normas de facturación emanadas de la AFIP, con firma y sello del responsable.
- Planilla de asistencia y conformidad del afiliado.
- Constancia de CBU del Banco Provincia de Buenos Aires del afiliado o familiar que será al que se realizará el depósito.

F. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN

1. Que el afiliado se encuentre recibiendo servicio de Atención Domiciliaria Integral.
2. Que el Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común no cumpla con lo estipulado en la presente Norma (ámbito de la prestación, actividades específicas, horarios denunciados en el presente y para las cuales se autorizó el servicio, etc.).
3. Que el Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común delegue el servicio autorizado en su favor a otra persona, como así también facultades, funciones o atribuciones privativas de su actividad.

G. CIRCUITOS

CIRCUITO ADMINISTRATIVO PARA LA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMUN

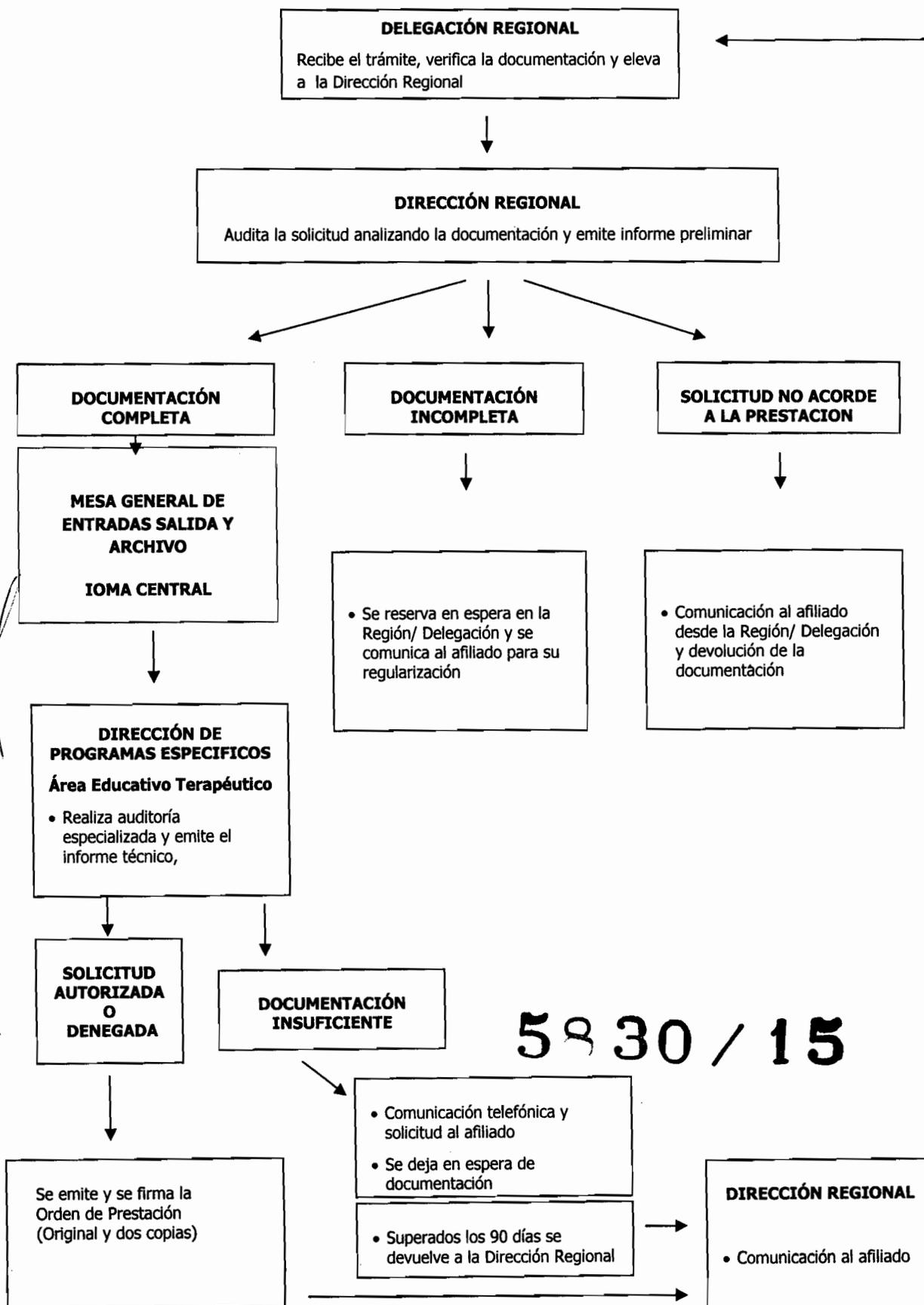
1. Para solicitar el servicio de prácticas de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común ya sea por vía administrativa de Autorización o Reintegro: el afiliado, una persona

autorizada y/o quien acredite vínculo familiar deberá entregar la documentación en la Delegación o Región del IOMA correspondiente al domicilio del afiliado.

2. Si la documentación se encuentra incompleta o no corresponde a la prestación solicitada será devuelta al afiliado para que la complete.
3. Si la documentación está completa se inicia trámite y el auditor de la Delegación / Región emite un informe técnico preliminar fundamentando la aprobación o denegatoria de la cobertura. Posteriormente se enviará a Sede Central.
4. El trámite una vez recibido por Mesa General de Entradas Salida y Archivo de la Sede central de IOMA, es remitido a la Dirección de Programas Específicos, Área Educativo Terapéutico donde se efectúa la auditoria especializada que evalúa la solicitud de cobertura y emite informe técnico pertinente.
5. La auditoría técnica podrá autorizar la solicitud, denegarla, o solicitar mayor información para expedirse.
 - a) Se puede solicitar al profesional que indicó la práctica, la ampliación en la fundamentación del servicio sugerido. Del mismo modo puede realizar auditoria en terreno u otras intervenciones similares en caso de considerarlo pertinente. Esto con el objetivo de garantizar la calidad prestacional, y verificar entre otras cosas la justificación del servicio solicitado.
 - b) En caso de denegatoria el auditor deberá justificar los motivos de la misma a fin de informar al familiar del afiliado lo resuelto por el Instituto.
 - c) En caso de aprobación de la cobertura por vía de autorización, se emitirá Orden de Prestación por triplicado (1 original y 2 copias), remitiendo original y 1 copia a la Delegación correspondiente, para entregar al afiliado o familiar que acredite vínculo con el afiliado. Este último extenderá el original al Acompañante Terapéutico a efectos de la posterior presentación de la facturación.
6. En caso de una solicitud de reintegro, se evaluará la documentación y se remitirá el informe técnico (aprobado o denegado) al Área o Sector que corresponda según la normativa vigente del Instituto al respecto.

5830 / 15

**CIRCUITO ADMINISTRATIVO
PARA LA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN INSTITUCIÓN
EDUCATIVA COMUN**



5830 / 15

PLANILLAS

Handwritten signature

5830 / 15

Planilla 1 AUDITORÍA REGIONAL DE AT DOMICILIARIO

A ser completada y firmada por el profesional auditor de la Dirección Regional

APELLIDO y Nombre del afiliado:

Nº de afiliado: N° de Trámite:

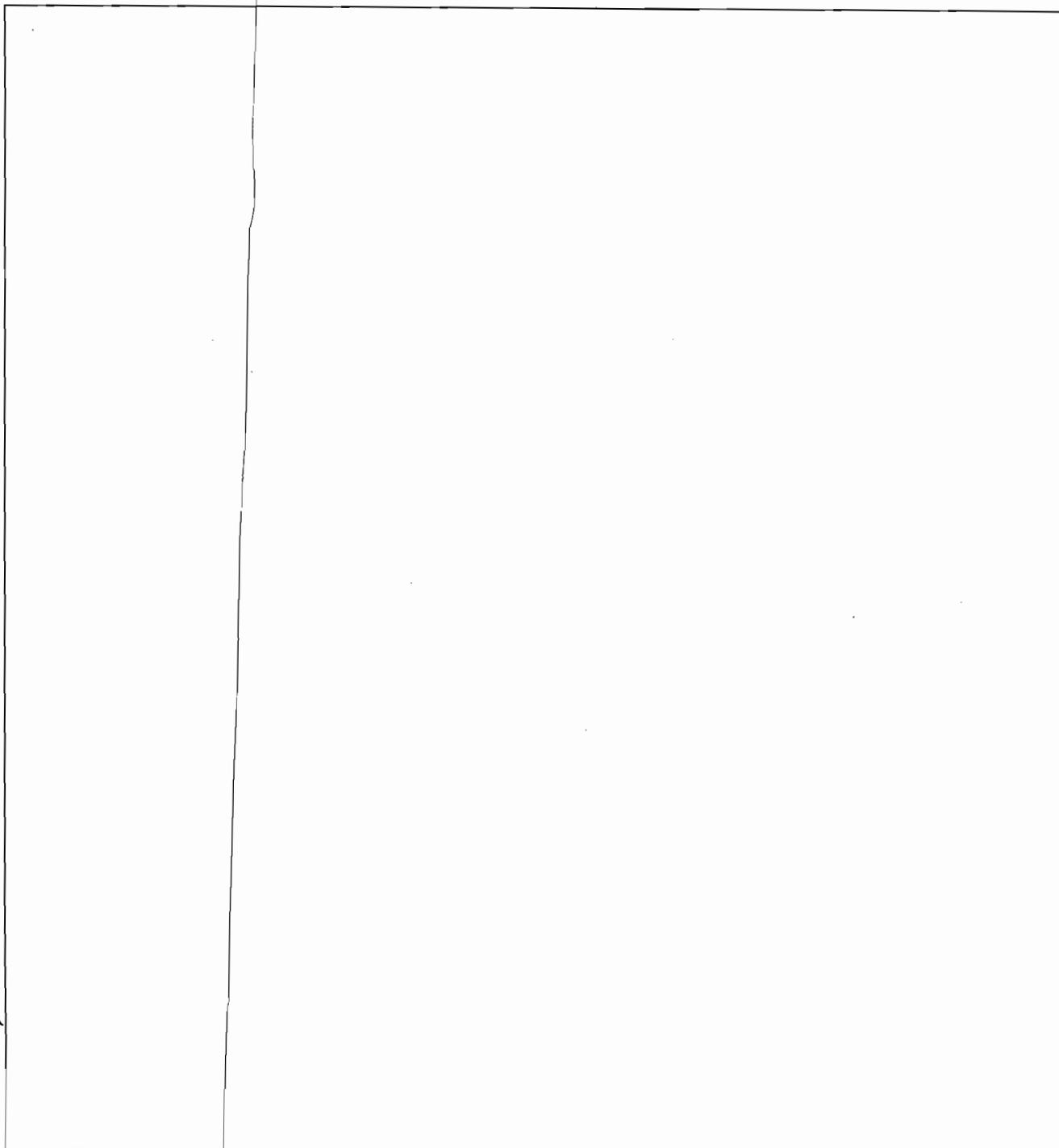
Tildar según corresponda:

| | Documentación que debe estar en el trámite | Adjuntado | No corresponde |
|--|--|-----------|----------------|
| Afiliado | Fotocopia de DNI del titular y del familiar para el cual se solicita el servicio. <i>En caso de corresponder se adjuntará la documentación que pruebe el vínculo</i> | | |
| | Fotocopia de Carnet de IOMA del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio. | | |
| | Fotocopia de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios. | | |
| | En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad, copia del mismo. | | |
| | Si posee Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (DNI, Carnet de IOMA, último recibo de sueldo o de pago de cuota afiliatoria) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria. | | |
| Prescriptor | Prescripción del profesional Médico o Psicólogo. | | |
| | Historia clínica del profesional Médico o Psicólogo. | | |
| | Indicaciones específicas del profesional Médico o Psicólogo de las tareas a desarrollar por el Acompañante Terapéutico. | | |
| Acompañante Terapéutico | Fotocopia de título de formación del Acompañante Terapéutico propuesto. | | |
| | Currículum Vitae del Acompañante Terapéutico propuesto | | |
| | Fotocopia de DNI. del Acompañante Terapéutico propuesto. | | |
| | Constancia de opción de AFIP del Acompañante Terapéutico propuesto. | | |
| | Constancia de CBU del Acompañante Terapéutico propuesto. | | |
| | Plan de trabajo del Acompañante Terapéutico | | |
| | Detalle de la carga horaria (día - hora) que demandará la tarea | | |
| | En caso de renovación: Informe de evolución del Acompañante Terapéutico y Acta anterior | | |
| En caso de Reintegros se sumará | Factura conformada B o C según requisitos de facturación emanados de AFIP | | |
| | Planilla de asistencia con conformidad del afiliado | | |

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

5830 / 15

INFORME TÉCNICO Y EVOLUCIÓN A CARGO DEL AUDITOR REGIONAL:



.....

Firma y sello del auditor regional

Fecha ___/___/___

5830 / 15

Planilla 2. INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMUN

*A ser completada por el Acompañante Terapéutico y firmada por éste y el afiliado o red primaria de apoyo.
La presente constituye una Declaración Jurada*

Apellido y Nombre del afiliado:

Nº de afiliado:

A. DEL EFECTOR DEL SERVICIO

| | |
|---|----------------------|
| Apellido: | Nombre: |
| DNI: | Fecha de nacimiento: |
| Teléfono de contacto: <i>(obligatorio)</i> () | |
| e - mail de contacto (no obligatorio) | |
| Certificado de formación: | Cantidad de horas: |
| Expedido por: | Año: |
| Domicilio real: | Localidad: |
| CUIT: | |
| Días y horarios propuesto a cumplir en Institución Educativa: Los días....., desde: hs. hasta: hs. | |

B. DECLARACIÓN JURADA. Art. 15 y 24 de la Ley 6.982, Art. 39 del Decreto 7.881/84.

Por medio de la presente, declaro conocer y aceptar que:

- Este IOMA autorizará la prestación de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa común, de gestión estatal o privada, en los niveles inicial a partir de 3 años (primera sección del Jardín de Infantes), primario, secundario, superior promoviendo intervenciones terapéuticas o asistenciales en las áreas física, emocional y social con el fin de lograr su inclusión social y educativa y de mejorar su calidad de vida. Queda excluida la cobertura en Institución de modalidad de Educación Especial.
- La prestación de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común está destinada a afiliados que lo necesiten y con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA), Trastornos de tics, Trastornos Motores, patologías sensoriales con alto grado de dependencia (auditivas y visuales), Psicosis (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar), Trastorno de la Personalidad, etc. No encontrándose contemplada la cobertura para afiliados con Discapacidad Intelectual sin patologías asociadas como las mencionadas anteriormente.
- IOMA no determina la necesidad de la incorporación del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común sino que será el Sistema Educativo el que decida acerca de la incorporación mencionada, medida que deberá estar centrada en la necesidad del afiliado más que en la existencia de un determinado diagnóstico, necesidad institucional o familiar. Las autoridades del Sistema Educativo autorizarán el ingreso del efector del servicio a la institución educativa, con detalle de nombre y apellido de la persona que realizará la tarea y el horario a cumplir en la institución, documento que deberá contar con firma y sello de la Inspectora de Área o Distrital de la Dirección General de Cultura y Educación en provincia de Buenos

Aires o autoridades del Ministerio de Educación de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. IOMA financiará el servicio según criterios y valores de la norma vigente.

- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común brindará su servicio de acuerdo a la carga horaria requerida por la Institución y avalada por los supervisores.
- IOMA no posee relación contractual alguna con los efectores del servicio ni sus representantes, y no interviene en su búsqueda, entrevista ni elección de éstos. Estará a cargo del afiliado, y/o su red primaria de apoyo la selección y propuesta del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común y deberá contar con la autorización para la tarea de las autoridades del Sistema Educativo.
- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común puede realizar tareas para fomentar la inclusión educativa y social, el manejo autónomo e independiente, propiciando el autovalimiento.
- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común puede realizar actividades terapéuticas (acciones destinadas a contener conductas disfuncionales favoreciendo el autovalimiento, la independencia y la incorporación de nuevos modelos de interacción social) y/o asistenciales (acciones para atender las necesidades básicas tales como transferencias, movilidad, higiene, alimentación u otra atención especializada que se requiera) según la definición del Proyecto Curricular del afiliado y la Institución, contando siempre con el consenso de su red primaria de apoyo, la Institución Educativa y el equipo tratante. NO realizará tareas PEDAGÓGICAS, las intervenciones curriculares estarán a cargo exclusivamente de los docentes del Sistema Educativo.
- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común desarrollará la actividad de modo personal e independiente, y no a través de sociedades o empresas pertenecientes al rubro de la salud, o afines.
- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.
- Los términos convenidos con el afiliado o su red primaria de apoyo respecto de la prestación del servicio **no son vinculantes ni obligatorios para el IOMA** en todo lo que exceda el reconocimiento y cobertura establecido por parte del Instituto.
- **La prestación de servicios deberá ajustarse a la reglamentación y requerimientos del IOMA**, como pedidos de informes, planillas de horarios, inspecciones, auditorias, etc. sin que esto configure relación de dependencia o laboral alguna con el IOMA.
- Si el afiliado recibe servicio de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común no podrá recibir otro servicio similar (Acompañante Terapéutico en Domicilio) a ser brindado por el mismo efector.
- En ningún caso el efector del servicio podrá exceder la carga horaria máxima de 12 horas diarias /72 horas semanales / 288 horas mensuales de atención para 2 o más afiliados (en cualquiera de los servicios previstos por normas del Instituto). Si la carga horaria diaria brindada es menor, podrá prestar otro servicio hasta completar el máximo antes mencionado.
- **Si deja de prestar el servicio, el Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común deberá comunicar al afiliado y/o a su red primaria de apoyo de su decisión con al menos 15 días de anticipación, y al IOMA, por PLANILLA 4 CAMBIO O BAJA** presentada en la Delegación correspondiente a su domicilio.
- **En caso de baja de la prestación, renuncia o abandono del servicio del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común, será el afiliado y/o su red primaria de apoyo quienes deberán comunicar al IOMA tal situación, mediante PLANILLA 4 CAMBIO O BAJA** presentada en la Delegación correspondiente a su domicilio.
- Mediante la presente, accedo a brindar el servicio de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común en favor del afiliado arriba enunciado, declarando conocer la normativa y aranceles del IOMA para dicha prestación, sin percibir suma extra alguna fuera de los montos reconocidos por esta Obra social.

Firma y aclaración del Acompañante Terapéutico

Firma y aclaración del afiliado, familiar o responsable

Lugar y Fecha

5830 / 15

Planilla 3. AUDITORÍA REGIONAL DE AT EN INSTITUCION EDUCATIVA COMÚN

A ser completada y firmada por **personal administrativo y profesional auditor** de la Dirección Regional

APELLIDO y Nombre del afiliado:

Nº de afiliado: N° de Trámite:

Tildar según corresponda:

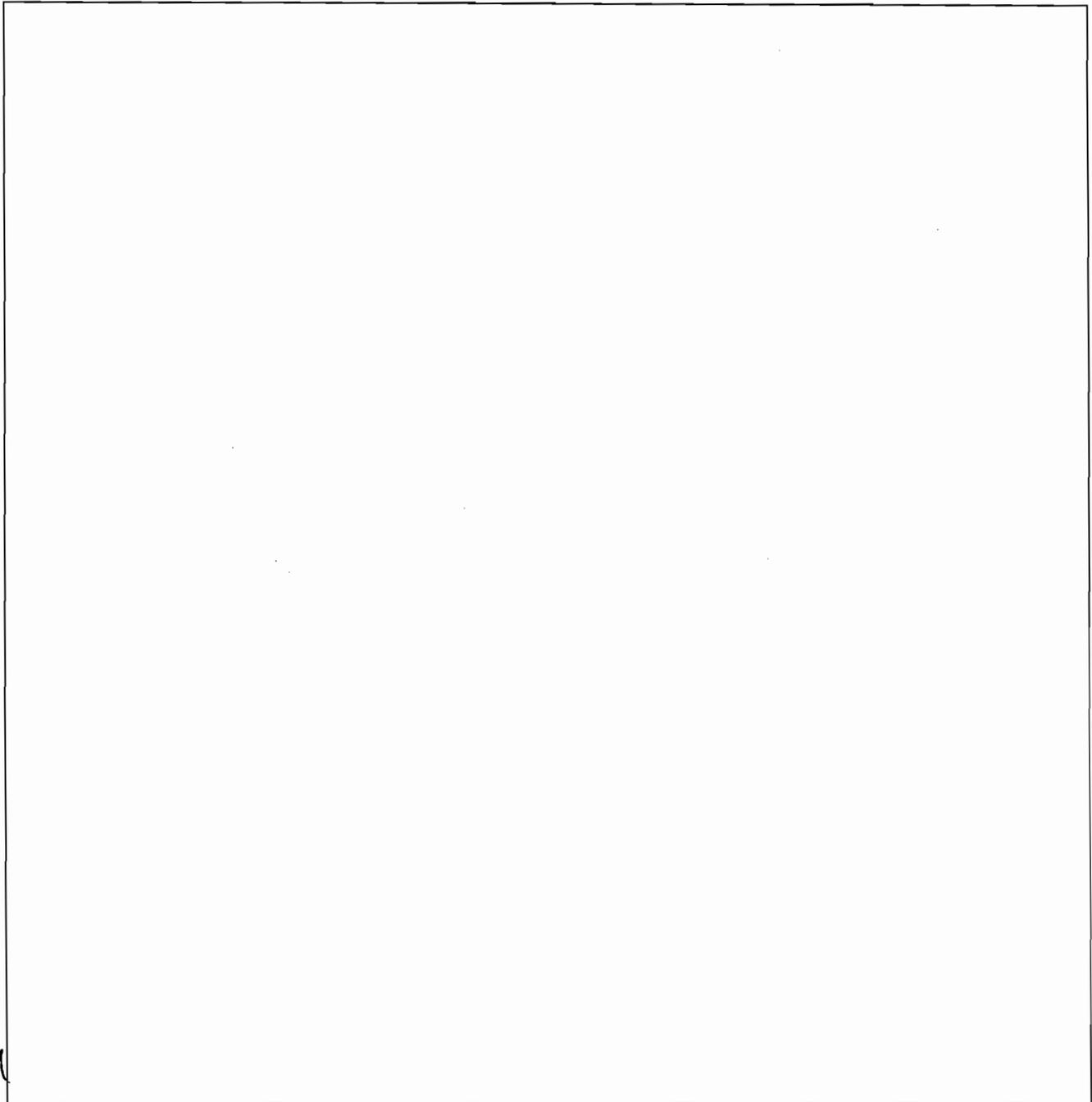
| | Documentación que debe estar en el trámite | Adjuntado | No corresponde |
|-----------------------------------|---|-----------|----------------|
| Afiliado | Fotocopia de DNI del titular y del familiar para el cual se solicita el servicio. En caso de corresponder se adjuntará la documentación que pruebe el vínculo | | |
| | Fotocopia de Carnet de IOMA del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio. | | |
| | Fotocopia de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios. | | |
| | En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad, copia del mismo. | | |
| | Si posee Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (DNI, Carnet de IOMA, último recibo de sueldo o de pago de cuota afiliatoria) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria. | | |
| Prescriptor | Prescripción del profesional de la salud a fin con el diagnóstico del afiliado (Médico, Lic. en Psicología, Lic. en Terapia Ocupacional, Lic. en Psicopedagogía, Lic. en Fonoaudiología). | | |
| | Historia clínica confeccionada por profesional de la salud a fin con el diagnóstico del afiliado (Médico, Lic. en Psicología, Lic. en Terapia Ocupacional, Lic. en Psicopedagogía, Lic. en Fonoaudiología). | | |
| De las autoridades intervinientes | Autorización para el ingreso del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común con firma, sello de la Inspectora de Área o Distrital de la Dirección General de Cultura y Educación en provincia de Buenos Aires o autoridades intervinientes del Ministerio de Educación de Ciudad Autónoma de Buenos Aires detallando nombre y apellido de la persona que realizará la tarea y el horario a cumplir en la institución. | | |
| Acompañante Terapéutico | Fotocopia de título de formación. | | |
| | Curriculum Vitae. | | |
| | Constancia de opción de AFIP. | | |
| | Plan de trabajo ajustado a las indicaciones del profesional prescriptor. | | |
| | En caso de renovación: a) Informe de evolución del Acompañante Terapéutico, b) indicaciones específicas del profesional prescriptor sobre las tareas que deberán ser realizadas por el Acompañante Terapéutico en nuevo periodo y c) Orden de Prestación anterior (autorización). | | |
| | Planilla 2. Información del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común | | |
| En caso de Reintegro se sumará | Factura conformada B o C según requisitos de facturación emanados de AFIP. | | |
| | Planilla de asistencia con conformidad del afiliado. | | |
| | Constancia de CBU. | | |

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

.....
Firma y aclaración del personal administrativo

Fecha ___/___/___

INFORME TÉCNICO Y EVOLUCIÓN A CARGO DEL AUDITOR REGIONAL:



.....

Fecha ___/___/___

Firma y sello del auditor regional

5830 / 15

Planilla 4. PLANILLA DE CAMBIO O BAJA DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO
A ser completada por el Afiliado ó AT según el caso

Trámite N°.....

Nombre y apellido del afiliado:
Número de afiliado:

BAJA DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO *A ser completada por el Afiliado o por el AT*

Nombre y apellido del AT que se solicita dar de baja:
Fecha de baja:
Motivo de la baja:

- Al solicitarse una BAJA de AT se deberá adjuntar:
- Fotocopia de DNI de quien firma la presente.
 - Fotocopia de la orden de prestación.

Firma y aclaración del AT ó del Afiliado/Familiar (indicar parentesco) Fecha:



CAMBIO DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO *A ser completada por el Afiliado*

Nombre y apellido del AT que se solicita dar de Baja:
Fecha de baja:
Nombre y apellido del AT que se solicita dar de Alta:
Fecha de alta:
Motivo del cambio:



- La documentación a adjuntar para este nuevo efector será la siguiente:
- Fotocopia del DNI del nuevo AT.
 - Fotocopia del título habilitante del nuevo AT.
 - Fotocopia de constancia de inscripción en AFIP del nuevo AT.
 - Fotocopia de DNI de quien firma la misma
 - Fotocopia de orden de Prestación.
 - En caso de tratarse de Acompañante Terapéutico en Institución Educativo Común deberá incluir Planilla 2.

Esta Planilla para cambio de AT está destinada solo a Afiliados con Autorización vigente en curso. La renovación de la prestación deberá solicitarse mediante trámite habitual.

Firma, aclaración y parentesco (si no es el afiliado) Fecha:

FACTURACIÓN**A. NORMAS DE FACTURACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

1. La facturación será recibida en el IOMA del 01 al 10 de cada mes, a partir del día posterior a la finalización del servicio.
2. La factura deberá ser B ó C detallando los siguientes datos de este Instituto: domicilio, localidad, número de CUIT y calidad ante el IVA (exento); deberá contener firma y sello del Acompañante Terapéutico Domiciliario. Se presentará factura en original y dos copias.
3. Cada factura contendrá sólo un mes determinado de servicio brindado; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al que se está facturando se incluirán en una factura aparte. El mes de cobertura citado se refiere a MES CALENDARIO y no a mes prestacional.
4. Cada factura deberá contener facturación de un solo grupo afiliatorio. En caso de ser necesario deberán presentarse hasta 3 facturas según el tipo afiliatorio del beneficiario atendido. Los afiliados a facturar podrán ser:
 - Obligatorios: su número de Carnet comienza con un número.
 - Voluntarios Individuales: su número de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.
 - Voluntarios Colectivos: su número de Carnet comienza con la letra K a la Z.
5. Se debe incluir una Planilla de Resumen Mensual en original por cada mes facturado. En la planilla deberá detallarse el nombre, apellido y número de afiliado a quien se le ha brindado el servicio; el mes prestacional, la prestación recibida de Acompañante Terapéutico Domiciliario, el monto mensual y el valor final mensual. La planilla deberá contener firma y sello del Acompañante Terapéutico.
6. Orden de Autorización. Si la facturación presentada corresponde al primer mes del periodo autorizado se deberá adjuntar la Orden de Autorización en original. Mientras que, si la facturación presentada corresponde al segundo mes o meses subsiguientes de servicio brindado, se deberá adjuntar fotocopia de la Orden de Autorización.

7. Se debe incluir una Planilla de Asistencia diaria en original con firma del afiliado o de red primaria de apoyo por cada día de servicio brindado dando conformidad a la prestación recibida.
8. Fotocopia de Constancia de opción de AFIP.

B. NORMAS DE REFACTURACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO

1. Cuando del proceso de control de la facturación presentada, surjan descuentos a practicar sobre la misma, se realizará el correspondiente débito quedando a disposición del efector del servicio, a partir del momento en que recibe el pago, la planilla de "Detalle de débito" en la Dirección de Finanzas.
2. El efector del servicio se reservará el derecho de analizar los débitos efectuados por el IOMA y realizar la posterior re facturación si lo considera pertinente. Podrá presentar, dentro de los 60 días corridos posteriores al cobro de la factura, un pedido de reconsideración y a través de un trámite iniciado en la Delegación o Región que le corresponda según domicilio denunciado.
3. La nueva factura que se emita deberá consignar indefectiblemente el número de remito asignado a la factura objeto del ajuste, fotocopia del "Demostrativo de pago", de planilla de "Detalle de débito" y documentación que argumente el reclamo y que justifique la revisión.
4. No se podrán agrupar en una sola factura el pedido de reconsideración de varias notas de débito, sino que se emitirá una por cada remito que fuera objeto de ajuste por el IOMA.
5. El Sector de liquidaciones de la Dirección de Programas Específicos evaluará la documentación presentada y emitirá informe pertinente que será girado a Dirección de Finanzas.

B. ELEVACIÓN DEL TRÁMITE DE FACTURACIÓN

A los fines de agilizar los procesos de liquidación y cancelación de estas prestaciones domiciliarias individuales, el agente de la Delegación / Dirección Regional que reciba la documentación de facturación deberá confeccionar foliar y sellar el correspondiente trámite respetando el siguiente orden de presentación:

- 1ro. Factura en original.
- 2do. Planilla de Resumen mensual en original.
- 3ro. Orden de Prestación (original si es el primer mes facturado o copia si es el segundo

mes facturado o subsiguientes)

4to. Planilla de Asistencia Diaria.

5to. Constancia de opción de AFIP.



5830 / 15