

LA PLATA, 20 NOV 2015

VISTO el expediente N° 2914-4988/15, iniciado por DIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES caratulado: "PROPUESTA MODIFICATORIA DE VALORES DEL PROGRAMA DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA", y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones la Dirección de Programas Específicos eleva la propuesta modificatoria de la normativa que regula las prestaciones del Programa de Trastornos del Espectro Autista brindadas a los afiliados del IOMA;

Que la Dirección proponente expresa que dicha modificatoria se encuadra en la necesidad de adecuación de los valores de las prestaciones a fin de garantizar la normal continuidad de los servicios que brindan estos efectores, habiendo surgido la misma del consenso en sucesivos encuentros con representantes de los efectores, además del relevamiento presupuestario que dio como resultado la desactualización de los aranceles vigentes. Asimismo, informa que la propuesta insume un incremento promedio del cuarenta por ciento (40%), con vigencia desde el 1° de septiembre de 2015, lo cual arroja un impacto aproximado en el gasto mensual para esta prestación de pesos setecientos setenta y ocho mil seiscientos diez (\$778.610), y un impacto anual de pesos nueve millones trescientos cuarenta y tres mil trescientos veinte (\$9.343.320). Por último, sugiere la derogación de las Resoluciones N°1164/12 y N°3521/13, y su reemplazo por la presente norma;

Que la Dirección General de Prestaciones deja constancia de la necesidad de modificatoria de los aspectos arancelarios en la cobertura de dichas prestaciones, por lo cual estima que debería darse curso favorable a la presente propuesta.

Que a fojas 3/22, luce copia de la Resolución N° 1164/12 y por fojas 23/27 se adjunta copia de la Resolución N° 3521/13;

Que se agrega a fojas 28/59 los proyectos de Anexos 1 a 5 que receptan la propuesta bajo análisis;

Que la Dirección General de Administración remite los presentes actuados a la Dirección de Finanzas a fin de elaborar el compromiso preventivo;

**6351 / 15**

Que a fojas fojas 61 que el gasto será atendido con el cargo a la partida: 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 la Dirección de Relaciones Jurídicas no encuentra observaciones que formular desde el punto de vista de su competencia en relación a la propuesta en análisis, estimando que correspondería someter la misma a consideración del Directorio, a los fines se apruebe la actualización de valores vigentes correspondientes al Programa de Trastornos del Espectro Autista, derogándose en consecuencia las Resoluciones 1164/12 y 3521/13, conforme los términos de los proyectos de Anexos 1 a 5, elaborados por la Dirección de Programas Específicos;

Que el Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 18 de noviembre de 2015, según consta en Acta N° 46, RESOLVIÓ: aprobar la actualización de los valores correspondientes al Programa de Trastornos del Espectro Autista, derogándose en consecuencia las Resoluciones del Directorio 1164/12 y 3521/13, conforme los términos de los proyectos de Anexos 1 a 5, los que como Anexo Único formarán parte del acto administrativo a dictarse, con vigencia a partir del 1° de septiembre de 2015;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en el artículo 7° inc. d), f), y g) de la Ley N° 6982 (TO 1987).

Por ello,

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

ARTICULO 1°. aprobar la actualización de los valores correspondientes al Programa de Trastornos del Espectro Autista, derogándose en consecuencia las Resoluciones del Directorio 1164/12 y 3521/13, conforme los términos de los proyectos de Anexos 1 a 5, los que como Anexo Único formarán parte de la presente Resolución, con vigencia a partir del 1° de septiembre de 2015, ello en virtud de los considerandos que anteceden.

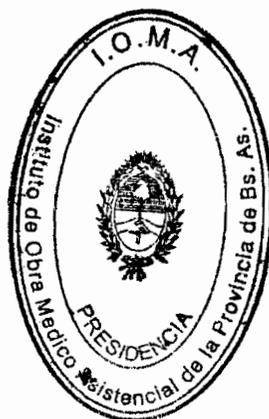
6351 / 15

ARTICULO 2°. El gasto será atendido con cargo a la partida 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.

ARTICULO 3°. Registrar. Comunicar a la Dirección General de Prestaciones, a la Dirección de Programas Específicos. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Publíquese. Dar al Boletín Oficial. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N°

6351 / 15




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

**PROGRAMA DE ATENCIÓN INTENSIVA E INTERDISCIPLINARIA
PARA AFILIADOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

ANEXO I. DE LA PRESTACIÓN

- A. INTRODUCCIÓN
- B. REFERENCIA JURÍDICA
- C. OBJETIVOS
- D. ALCANCES DE LA COBERTURA
- E. AMBITO DE LA PRESTACIÓN
- F. PRESTACIONES DEL PROGRAMA
- G. TAREAS INHERENTES AL EFECTOR DEL SERVICIO
- H. OBLIGACIONES DE LA RED PRIMARIA DE APOYO
- I. MARCO JURIDICO

ANEXO II. MÓDULOS PRESTACIONALES Y VALORES

- A. MODULACIÓN
- B. VALORES DE LA PRESTACIÓN
- C. SERVICIOS ADICIONALES OPCIONALES

ANEXO III. NORMAS DE ACCESO A LA PRESTACIÓN

- A. ACCIONES DEL IOMA PARA IMPLEMENTAR LA COBERTURA
- B. REGLAS GENERALES DE ACCESO
- C. REQUISITOS PARA SOLICITUD O RENOVACIÓN DE COBERTURA
- D. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN
- E. CIRCUITO ADMINISTRATIVO

ANEXO IV. PLANILLAS

- A. PLANILLA 1. SOLICITUD DE ATENCIÓN
- B. PLANILLA 2. PRESCRIPCIÓN - HISTORIA CLÍNICA
- C. PLANILLA 3. PROPUESTA DE SERVICIO
- D. PLANILLA 4. AUDITORÍA REGIONAL
- E. PLANILLA 5. AUDITORÍA CENTRAL
- F. PLANILLA 6. CAMBIO O BAJA

ANEXO V. FACTURACIÓN

- A. NORMAS DE FACTURACIÓN
- B. NORMAS DE REFACTURACIÓN
- C. ELEVACIÓN DEL TRÁMITE DE FACTURACIÓN A IOMA CENTRAL
- D. PLANILLA DE RESUMEN MENSUAL.
- E. PLANILLA DE ASISTENCIA PARA EQUIPOS DOMICILIARIOS, EN CONSULTORIO, POLICLÍNICAS Y/O CET.
- F. PLANILLA DE ASISTENCIA PARA ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO



6351 / 15

DE LA PRESTACIÓN

A. INTRODUCCION

Desde la "Dirección Programas Especificos- Departamento Discapacidad y Rehabilitación - Sector Educativo Terapéutico dependientes de este IOMA, se propone brindar, atención intensiva e interdisciplinaria al afiliado con diagnóstico perteneciente al Trastorno del Espectro Autista (TEA) antes denominado Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)", otorgando respuesta de cobertura prestacional adecuada a la problemática 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 normatización 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 que el derecho a la salud es el eje que atraviesa la política pública para la recuperación ética del país.

Es importante reseñar que la categoría conocida anteriormente como Trastorno Generalizado del Desarrollo ha pasado a denominarse en la bibliografía de referencia mundial, como Trastorno del Espectro Autista, incluyendo ahora 3 categorías: Autismo, Síndrome de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

El TEA justifica un abordaje diferente puesto que se caracteriza por perturbaciones graves y generalizadas en las áreas 'socio-comunicativa', y de 'intereses fijos y conductas repetitivas'.

Las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones interdisciplinarias e intensivas han demostrado que los afiliados del espectro autista evolucionan de forma significativa cuando se le proveen servicios de apoyo específicos, como los que se cubren a través de la presente normativa.

La implementación por parte del IOMA del **"Programa de atención intensiva e interdisciplinaria para afiliados con diagnósticos pertenecientes al Trastorno de Espectro Autista"** tiene como principal objetivo otorgar cobertura de tratamientos intensivos e interdisciplinarios, en domicilio, consultorio, Centro de diagnóstico y tratamiento de baja y mediana complejidad (Policlínica), o en Centro Educativo Terapéutico, a fin de mejorar la calidad de vida, lograr la inclusión en la comunidad y evitar el aislamiento o separación de la sociedad de los afiliados. La finalidad o impacto esperado es brindar cobertura sin dilaciones temporales innecesarias.

La presente Norma evita el tratamiento de las solicitudes como trámite de excepción, agilizando la respuesta y unificando criterios prestacionales, la misma surge además del

consenso con los equipos interdisciplinarios que brindan atención a los afiliados con estos trastornos, en el domicilio, Centros Educativo Terapéuticos y con Asociaciones de padres.

El dictado de esta Normativa reglamenta aspectos del equipo básico de atención y de las prestaciones profesionales específicas que están incluidas, cantidades de sesiones a cubrir, etc. También jerarquiza la importancia del trabajo en equipo y de las acciones encaminadas bajo directivas de un coordinador o de un supervisor de equipo y de la formación específica de los profesionales en "Trastornos Generalizados del Desarrollo"

B. REFERENCIA JURIDICA

La implementación del "Programa atención intensiva e interdisciplinaria para Trastornos Generalizados del Desarrollo" se basa en lo establecido por la Ley Nacional Nº 24901 Sistema de Prestaciones Básicas, en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con discapacidad y Ley Provincial Nº 14191 y sus modificatorias, promulgada mediante Decreto 2516/10 del 26/11/10 publicada el 16/12/10 en Boletín Oficial de Provincia Buenos Aires Nº26498 Sistema de Protección Integral de las personas que padecen Trastorno Generalizado del Desarrollo en su artículo 1º y 4º.

La Ley Provincial Nº 14191/10 en su artículo 1º establece: "crease en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, el Sistema de Protección Integral de las personas que padecen Trastorno Generalizado del Desarrollo TGD- (Autismo, Rett, Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado). Instrumentando mecanismos de prevención, promoción y asistencia con una perspectiva interdisciplinaria e integradora": y en su artículo 4º: "La presente Ley garantiza a las personas que padecen TGD, su inclusión dentro de las prestaciones de obras Sociales, Seguros de Salud, Planes de Medicina Prepaga y toda otra institución obligada a prestar asistencia médica y/o farmacológica. La cobertura comprenderá también lo concerniente a medicamentos, transporte, acompañamiento y demás terapias validadas y/o de consenso internacional."

C. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar la cobertura de tratamientos interdisciplinarios e intensivos para personas que padezcan Trastorno del Espectro Autista, a cargo de equipos conformados con profesionales de las distintas disciplinas de la salud y con formación acreditada en el mencionado trastorno, de forma tal que permita una mejora en la calidad de vida del afiliado y su inclusión en la sociedad.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Propiciar la mejora en la calidad de vida.
- Fortalecer los lazos sociales.
- Fomentar la inclusión social.
- Colaborar al sostenimiento del tratamiento interdisciplinario.
- Brindar cobertura prestacional acorde a los últimos consensos científicos y en consonancia con la legislación y reglamentaciones vigentes.

D. ALCANCES DE LA COBERTURA

La prestación de Atención Intensiva e Interdisciplinaria está destinada para afiliados con diagnósticos pertenecientes al Trastorno del Espectro Autista.

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 Atención Intensiva Interdisciplinaria no podrá ser autorizada.

E. AMBITO DE LA PRESTACIÓN

Se autorizará la prestación para ser brindada en:

1. Domicilio del afiliado.
2. Consultorio.
3. Centro de Diagnóstico y Tratamiento de baja y mediana complejidad (Policlínica)
4. Centro Educativo Terapéutico.

Ámbitos excluidos de la cobertura:

Quedan excluidos de los alcances de la presente Norma las solicitudes de cobertura de Atención Intensiva e Interdisciplinaria para afiliados con diagnósticos pertenecientes al Trastorno de Espectro Autista 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).

F. PRESTACIONES DEL PROGRAMA

El Programa comprende:

- Medicina (Psiquiatra o Neurólogo)
- Psicología
- Fonoaudiología
- Psicopedagogía

6351 / 15

- Terapia Ocupacional
- Musicoterapia
- Psicomotricidad
- Kinesiología
- Acompañante Terapéutico (en Domicilio y/o Institución Educativa Común)

El coordinador o supervisor de equipo deberá ser Lic. en Psicología o Médico (Psiquiatra o Neurólogo).

EQUIPO BASICO DE ATENCION

El **equipo básico** de atención deberá estar constituido como **mínimo** por:

- Médico (Psiquiatra o Neurólogo) con formación de posgrado en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Licenciado en Psicología con formación acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Licenciado en Fonoaudiología con formación acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Licenciado en Psicopedagogía con formación acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Licenciado en Terapia Ocupacional con formación acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.

Y **podrán incluirse:**

- Licenciado en Musicoterapia con formación acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Licenciado en Psicomotricidad con formación acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Licenciado en Kinesiología con formación acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Acompañante Terapéutico en el domicilio del afiliado: a quién le corresponderá cumplir con el Plan terapéutico establecido por el Equipo Profesional. Deberá tener formación acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común: quién le corresponderá cumplir con el Plan terapéutico establecido por el Equipo Profesional. Deberá tener formación acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista. 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.

G. TAREAS INHERENTES AL EFECTOR DEL SERVICIO

1. El efector del servicio deberá informar al IOMA el horario (hora - día - Terapeuta) de cumplimiento del servicio a fin de evaluar su real prestación.
2. El efector del servicio se encuentra obligado a poner a disposición del auditor de IOMA toda la documentación que le sea requerida inherente a la evolución y tratamiento del paciente a fin de evaluar la calidad de las prestaciones o fiscalizar los servicios brindados.
3. El efector del servicio no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.
4. Deberá facturar exclusivamente el coordinador o supervisor del equipo en caso de tratarse de tratamiento domiciliario, en consultorio o el responsable legal del Centro de diagnóstico y tratamiento de baja y mediana complejidad (Policlínica) o del Centro Educativo Terapéutico en caso de brindarse la prestación en los establecimientos mencionados.
5. En el caso que el efector del servicio decida dejar de brindar la atención, 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 Planilla 6. INFORME DE BAJA informando la decisión tomada.
6. El servicio de AT en domicilio y AT en Institución Educativa Común se registrará por lo establecido en la norma específica de IOMA vigente

H. 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

6351 / 15

condiciones aptas en el domicilio para el trabajo del efector del servicio en domiciliario o el cumplimiento del horario de ingreso y egreso en la institución entre otros.

En el caso que el afiliado y/o su red primaria de apoyo decidan dejar de recibir el servicio que brinda el efector del servicio 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 Planilla 6. INFORME DE BAJA comunicando el cese de la prestación.

I. MARCO JURIDICO

El IOMA no posee convenio con efectores del servicio de Atención Intensiva e Interdisciplinaria para afiliados del Espectro Autista, 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 efector del servicio 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.



6351 / 15

MÓDULOS PRESTACIONALES Y VALORES

A. MODULACION

Los módulos del Programa de Atención Intensiva e Interdisciplinaria para afiliados con Trastornos del Espectro Autista contemplan una carga creciente de sesiones según la severidad del cuadro. Estas **sesiones no pueden ser menores a 45 minutos** de duración, y serán brindadas de **lunes a viernes** por distintos profesionales, cuyo perfil dependerá del cuadro clínico del paciente, entre ellos, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas y kinesiólogos. En forma opcional a estos módulos se podrán autorizar, si el contexto del afiliado lo amerita, prestaciones adicionales como Acompañante Terapéutico domiciliario y/o en institución educativa común. La cobertura del Programa de Trastornos del Espectro Autista también contempla la autorización de la supervisión del equipo terapéutico. Por esta supervisión se entiende el trabajo llevado a cabo por parte de un profesional Médico (Psiquiatra o neurólogo) o Psicólogo. Tiene un valor de \$3.500 mensuales y consiste en la coordinación de las tareas de los distintos profesionales que conforman el equipo terapéutico, la unificación de criterios en el abordaje del paciente, y el monitoreo del tratamiento y de la concreción de los objetivos trazados. Esta alternativa garantiza que los afiliados con Trastorno del Espectro Autista que requieran una coordinación de las terapias que componen su abordaje multidisciplinario, puedan tener esta supervisión profesional a lo largo de su tratamiento.

MODULO 1 (M1):

Contempla la **atención de lunes a viernes** para afiliados cuyo abordaje requiera **hasta 2 sesiones** diarias de tratamiento intensivo e interdisciplinario.

Módulo	Sesiones diarias	Sesiones mensuales
M1	Hasta 2	Hasta 44

MODULO 2 (M2):

Contempla la **atención de lunes a viernes** para afiliados cuyo abordaje requiera **3 sesiones** diarias de tratamiento intensivo e interdisciplinario.

Módulo	Sesiones diarias	Sesiones mensuales
M2	3	66

MODULO (M3):

Contempla la **atención de lunes a viernes** para afiliados cuyo abordaje requiera **4 sesiones diarias** de tratamiento intensivo e interdisciplinario.

Módulo	Sesiones diarias	Sesiones mensuales
M3	4	88

B. VALORES DE LA PRESTACION

Módulo	Sesiones Diarias (Lunes a Viernes)	Sesiones mensuales	VALOR
M1	Hasta 2	Hasta 44	\$ 4.400.
M2	3	66	\$ 6.100.
M3	4	88	\$ 8.200.

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto con valoración dineraria emitido por el efector del servicio. La valoración de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

B. SERVICIOS ADICIONALES OPCIONALES

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO DOMICILIARIO (ATD)

El servicio de Acompañante Terapéutico Domiciliario se autorizará, de requerirlo el cuadro del afiliado, hasta 6 horas diarias y hasta un máximo de 25 horas semanales, en total 100 horas mensuales.

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMUN (ATIEC)

Este servicio corresponde al 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. Se autorizará para los afiliados que lo necesiten a través de horas de cobertura, cuya cantidad dependerá de la carga horaria diaria y mensual en la cual el afiliado concurra a la Institución Educativa Común. La instancia que autorizará el ingreso del AT a la institución educativa será la autoridad educativa, Inspectoría 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.

Los criterios de autorización, aranceles, etc. para estas dos modalidades adicionales opcionales quedan sujetos a lo establecido en la norma específica que IOMA tiene al respecto.

La autorización del módulo y servicio adicional opcional está sujeta, en todos los casos, a la auditoría especializada del Sector Educativo Terapéutico de la Dirección de Programas Específicos del IOMA.

6351 / 15

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

- Creación de listado de Prestadores especializados en la atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Orientación al afiliado y/o a su red primaria de apoyo para el acceso a la cobertura prestacional.
- Implementación de diferentes módulos prestacionales y de servicios opcionales que posibilitan la atención conforme las necesidades del afiliado.
- Fiscalización del servicio brindado por el efector para garantizar calidad prestacional por medio de auditorías profesionales.

B. REGLAS GENERALES DE ACCESO

1. La modalidad de cobertura es 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.
2. Se estipula 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.
3. Si el servicio es en domicilio deberá constar registro de evolución del paciente, horarios de atención y aclaración de prestación recibida y registro de firma con matrícula.

C. REQUISITOS PARA SOLICITUD O RENOVACIÓN DE 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.

- Fotocopia de DNI del titular y del familiar para el cual se solicita el servicio.
- Fotocopia de Credencial de Titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.
- Fotocopia de último recibo de sueldo o 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

6351 / 15

recibo de sueldo o de pago en caso de afiliados voluntarios) y al Certificado Único de Discapacidad. Solo deberá anexar verificación afiliatoria.

- Planilla 1. SOLICITUD DE ATENCIÓN, confeccionada por familiar del afiliado.
- Planilla 2. *PRESCRIPCIÓN – HISTORIA CLÍNICA* confeccionada por Médico (Neurólogo o Psiquiatra) o Psicólogo. No serán autorizadas las solicitudes indicadas por profesionales pertenecientes al servicio efector que brindará la prestación.
- Planilla 3. PROPUESTA DE SERVICIO.
- Plan de tratamiento que incluya áreas de abordaje, objetivos, métodos y técnicas de intervención, etc. realizado por el profesional que dirigirá, supervisará y coordinará el tratamiento.
- Cronograma horario con detalle de cantidad de sesiones diarias, horarios en las cuales se brinda cada una y disciplina específica (días - horas - terapeuta). **Cada sesión deberá tener una duración mínima 45 minutos cada una.**
- En caso de ser RENOVACIÓN deberá incluirse: a) informe del coordinador de equipo respecto de supervisiones realizadas, b) indicaciones específicas a las tareas de cada profesional del grupo, c) informe de evolución de tratamiento y d) copia de Orden de Prestación por el cual se autorizó el período previo.
- Si hubiere Servicio Opcional **Acompañante Terapéutico en Domicilio (ATD)** se deberá incluir:
 - ✓ Plan de trabajo a cumplir por el Acompañante Terapéutico ajustado a las indicaciones del equipo interdisciplinario.
 - ✓ Detalle de carga horaria (días - horas) en la cual se realizará la tarea.
 - ✓ En caso de tratarse de una RENOVACIÓN incluir a) informe de evolución confeccionado por el Acompañante Terapéutico, b) indicaciones específicas del equipo interdisciplinario 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.
- Si hubiere Servicio Opcional de **Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común (ATIEC)** deberá incluirse:
 - ✓ 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.

✓ Plan de trabajo a cumplir por el Acompañante Terapéutico ajustado a las indicaciones del equipo interdisciplinario.

✓ En caso de tratarse de una RENOVACIÓN incluir: a) informe de evolución confeccionado por el Acompañante Terapéutico; b) indicaciones específicas del equipo interdisciplinario 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.

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto con valoración dineraria emitido por el efector del servicio. La valoración de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

D. MOTIVOS DE DENEGATORIA O SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN

1. Que el efector del servicio delegue el servicio autorizado en su favor a otra persona, como así también facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.
2. En caso de corresponder autorizar modalidad en domicilio no se brindará cobertura en Centro Educativo Terapéutico, consultorios o Policlínica y viceversa.
3. Que el afiliado se encuentre recibiendo prestaciones de:
 - Atención Domiciliaria Integral.
 - Centro de Rehabilitación.
 - Centro Educativo Terapéutico.
 - Centro de Día.
 - Hogar.
 - Tratamientos individuales en consultorio.
4. Que el efector del servicio no cumpla con lo estipulado en la presente norma (ámbito de la prestación, horarios denunciados, etc.)

E. CIRCUITOS

CIRCUITO ADMINISTRATIVO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

1. Para solicitar el servicio el familiar del afiliado 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. 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 AUDITORÍA REGIONAL y eleva el pedido a IOMA 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, Departamento Discapacidad y Rehabilitación, Área Educativo Terapéutico 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) Habiendo llegado el trámite al Área de competencia 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 30 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. El auditor del IOMA 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.

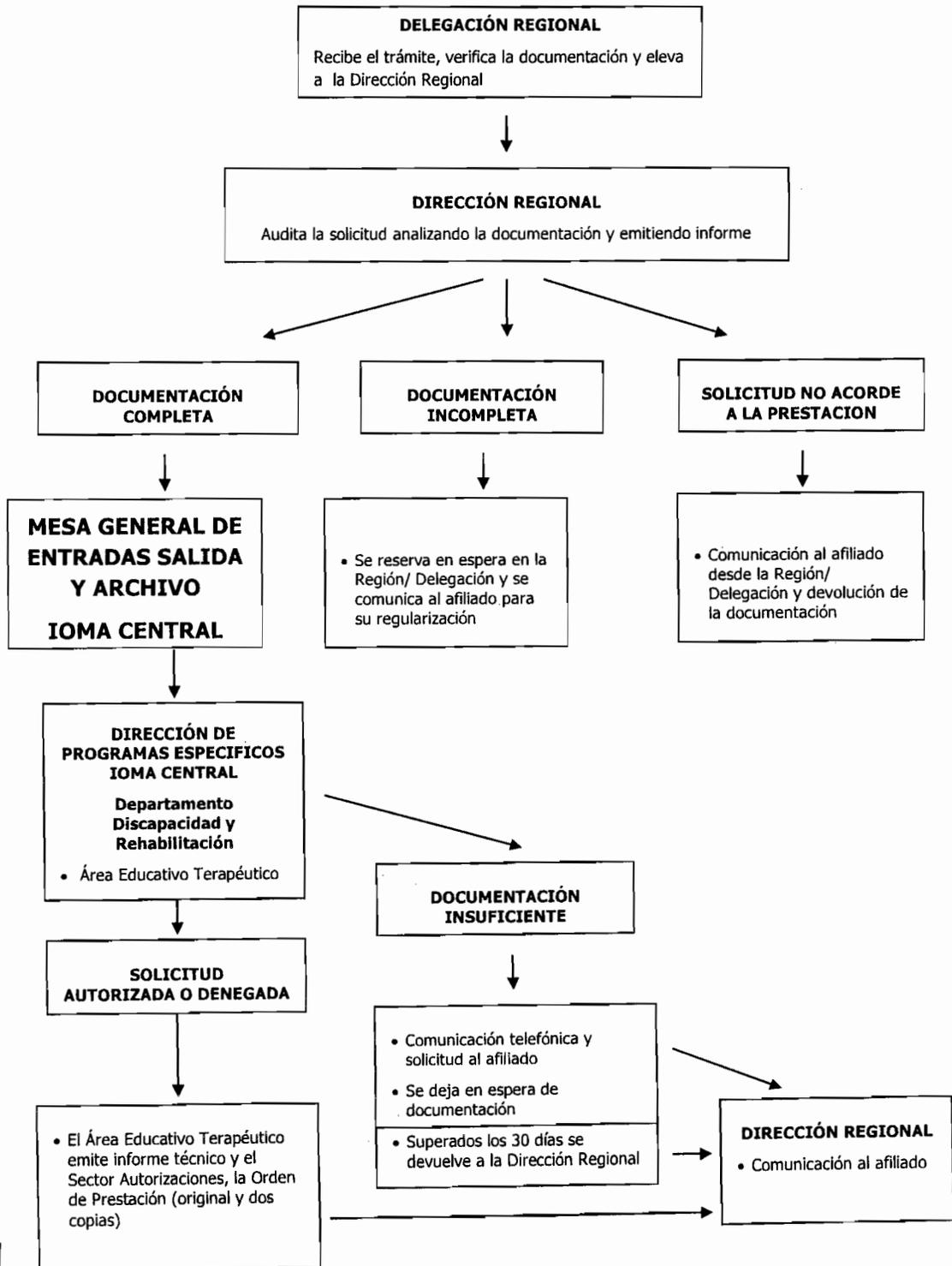
b) En caso de denegatoria el auditor deberá justificar los motivos de la misma a fin de informar al familiar del afiliado lo resuelto por el Instituto.

c) En caso de aprobación de la cobertura por vía de autorización, EL Sector Autorizaciones emitirá Orden de Prestación por triplicado (1 original y 2 copias), remitiendo original y 1 copia a la Delegación correspondiente, para entrega al familiar que acredite vínculo con el afiliado. Este último extenderá el original al efector del servicio a efectos de la posterior presentación de la facturación.



6351 / 15

**CIRCUITO ADMINISTRATIVO
DE LA SOLICITUD DE ATENCIÓN INTENSIVA E INTERDISCIPLINARIA
PARA AFILIADOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

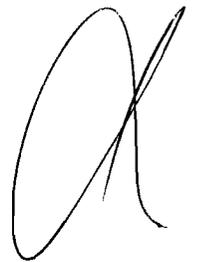


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ANEXO IV

PLANILLAS

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or set of initials.A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop followed by a vertical stroke.

6351 / 15

Planilla 2. PRESCRIPCIÓN – HISTORIA CLÍNICA
A ser completada y firmada por el Médico (Neurólogo o Psiquiatra) o Psicólogo prescriptor.
La presente constituye una Declaración Jurada

Apellido y Nombre del afiliado: Edad:

Nº de afiliado: Domicilio:

Localidad: Teléfono:

A. Profesional prescriptor

Nombre y apellido:.....

Especialidad:

Matrícula:

Teléfono de contacto laboral: (.....)

B. Diagnóstico que motiva la prescripción

.....

C. Historia Clínica

.....

6351 / 15

[Empty rectangular box]

D. Tratamientos indicados y frecuencia

[Empty rectangular box]

E. Período de cobertura solicitado:

Desde: hasta

.....
Firma y sello

___/___/___
Fecha

6351 / 15

Planilla 3. PROPUESTA DE SERVICIO

A ser completada por el efector del servicio y firmada por éste y el familiar responsable. La presente constituye una Declaración Jurada

INFORMACIÓN GENERAL:

¿Cuál es la característica de la cobertura? Es una prestación para afiliados con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista a ser brindada en modalidad de tratamiento intensivo e interdisciplinario, en domicilio o en consultorio o en Centro de diagnóstico y tratamiento de baja y mediana complejidad (Policlínica), o en Centro Educativo Terapéutico, con el fin de mejorar la calidad de vida, lograr la inclusión en la comunidad y evitar el aislamiento o separación de la sociedad de los afiliados.

¿Qué servicios cubre? Las disciplinas incluidas en el servicio son Medicina (Psiquiatra o Neurólogo), Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional y opcionales tales como Musicoterapia, Psicomotricidad, Kinesiología, Acompañante Terapéutico (en Domicilio y/o Institución Educativa Común).

¿Cómo es la modalidad de autorización? Se autoriza cobertura según servicio modulado y adicional opcional (AT en Domicilio y/o AT en Institución Educativa Común), según necesidades del afiliado. La cobertura podrá incluir supervisión de Médico (Psiquiatra o Neurólogo) o Lic. en Psicología.

Módulo 1: Hasta dos (2) sesiones diarias de lunes a viernes.*

Módulo 2: Tres (3) sesiones diarias de lunes a viernes.*

Módulo 3: Cuatro (4) sesiones diarias de lunes a viernes.*

*Con sesión de duración mínima de 45 minutos

A - Datos del efector del servicio (Tilde o complete según corresponda):	
Equipo en Domicilio <input type="checkbox"/>	Policlínica <input type="checkbox"/>
Equipo en Consultorio <input type="checkbox"/>	Centro Educativo Terapéutico <input type="checkbox"/>
Nombre:.....	
Domicilio:.....	
Teléfono:.....	
CUIT:.....	
B - Datos del afiliado	
Apellido y Nombre del afiliado:	
Fecha de Nacimiento:	Diagnóstico:
Domicilio:	Localidad:
Familiar responsable:	
Teléfono:	



6351 / 15

C - Prestación Modulada y opcional	
Servicio propuesto (Tilde lo que corresponda):	
Módulo 1 <input type="checkbox"/>	Modulo 2 <input type="checkbox"/> Módulo 3 <input type="checkbox"/>
Supervisión: Médico (Psic. o Neurólogo) <input type="checkbox"/>	Lic. En Psicología <input type="checkbox"/>
Psicología <input type="checkbox"/> Fonoaudiología <input type="checkbox"/>	Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Psicopedagogía <input type="checkbox"/>
Musicoterapia <input type="checkbox"/> Psicomotricidad <input type="checkbox"/>	Kinesiología <input type="checkbox"/>
Acompañante Terapéutico Domiciliario <input type="checkbox"/>	AT en Inst. Educativa Común <input type="checkbox"/>
Desde ___/___/___ Hasta ___/___/___	
Se deberá adjuntar cronograma horario con detalle de cantidad de sesiones diarias, horarios en las cuales se brinda cada una y disciplina específica (días - horas - terapeuta).	
D- Del Acompañante Terapéutico en Domicilio	
Apellido: _____	Nombre: _____
DNI: _____	Teléfono de contacto: () _____
Días y horarios propuestos a cumplir: Los días.....	
desde: hs. hasta: hs.	
E- Del Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común	
Apellido: _____	Nombre: _____
DNI: _____	Teléfono de contacto: () _____
Días y horarios propuestos a cumplir: Los días.....	
desde: hs. hasta: hs.	

F - 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:

- El equipo de atención deberá estar constituido por profesionales con formación de posgrado acreditada en atención a personas con Trastorno del Espectro Autista.
- El coordinador o supervisor de equipo deberá ser Lic. en Psicología o Médico (Psiquiatra o Neurólogo).
- El equipo deberá estar constituido como mínimo por: Médico (Psiquiatra o Neurólogo), Licenciado en Psicología, Licenciado en Fonoaudiología, Licenciado en Psicopedagogía, Licenciado en Terapia Ocupacional. Y podrán incluirse Licenciado en Musicoterapia, Licenciado en Psicomotricidad, Licenciado en Kinesiología, también Acompañante Terapéutico, en Domicilio del afiliado y/o Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común.
- El efector del servicio deberá informar al IOMA el horario (hora – día - Terapeuta) de cumplimiento del servicio a fin de evaluar su real prestación.
- El efector del servicio se encuentra obligado a poner a disposición del auditor de IOMA toda la documentación que le sea requerida inherente a la evolución y tratamiento del paciente a fin de evaluar la calidad de las prestaciones o fiscalizar los servicios brindados.

6351 / 15

- El efector del servicio no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.
- En caso de baja de la prestación por parte del familiar del afiliado, será el último mencionado y/o su red primaria de apoyo quien deberán comunicar al IOMA tal situación con una antelación mínima de 15 días y mediante PLANILLA 6 INFORME DE BAJA presentada en la Delegación correspondiente a su domicilio.
- En el caso que el efector del servicio decida dejar de brindar la atención, 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 PLANILLA 6 INFORME DE BAJA comunicando la decisión tomada.
- La modalidad de cobertura es 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.
- Se estipula 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 servicio es en domicilio deberá constar registro de evolución del paciente, horarios de atención y aclaración de prestación recibida y registro de firma con matrícula.
- Entre los motivos de denegatoria o suspensión de la prestación se encuentran: *Que el efector del servicio delegue el servicio autorizado en su favor a otra persona, como así también facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad, *Que el afiliado se encuentre recibiendo prestaciones de: Atención Domiciliaria Integral, Centro de Rehabilitación, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogar, Tratamientos individuales en consultorio. Entre Otros.* Que el efector del servicio no cumpla con lo estipulado en la presente norma (ámbito de la prestación, horarios denunciados, etc.). Entre otros.
- En caso de corresponder autorizar modalidad de equipo en domicilio o consultorio no se brindará cobertura en Centro Educativo Terapéutico, consultorios o Policlínica y viceversa.
- El servicio de Acompañante Terapéutico en domicilio y Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común se registrará por lo establecido en la norma específica de cada modalidad prestacional y que el IOMA tiene en Resolución individual y con la presente regla.
- 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.
- 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.
- 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.

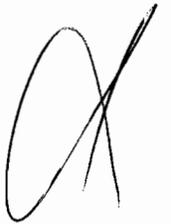
- El Acompañante Terapéutico en Domicilio brindará su servicio de acuerdo a las indicaciones de trabajo brindadas por el equipo interdisciplinario y con la carga horaria máxima de 6 horas por día, 25 horas por semana y 100 mensuales siempre y cuando se considere adecuado para el tratamiento del afiliado.
- El Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común o en Domicilio no podrá delegar el servicio autorizado en su favor a otro profesional, como así tampoco facultades, funciones, o atribuciones privativas de su actividad.
- Si el afiliado recibe servicio de Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común no podrá recibir servicio de Acompañante Terapéutico en Domicilio a ser brindado por el mismo efector.
- En ningún caso el Acompañante Terapéutico excederá la carga horaria máxima de 12 horas diarias 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 un máximo de 12 horas diarias.
- 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.
- 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.
- La autorización del módulo y servicio opcional está sujeta, en todos los casos, a la auditoría especializada del Sector Educativo Terapéutico de la Dirección de Programas Específicos del IOMA.

Mediante la presente, accedo a brindar el servicio propuesto y autorizado 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.

Responsable del equipo
Firma, Aclaración y Sello

Familiar responsable
Firma y Aclaración

Fecha __/__/__



6351 / 15

Planilla 4. AUDITORÍA REGIONAL
A ser completada y firmada por personal administrativo y profesional auditor de la Dirección Regional

Apellido y Nombre del afiliado:
 N° de afiliado: N° de Trámite:

Tildar según corresponda:

		Adjuntado	No
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.		
	Planilla 1. SOLICITUD DE ATENCIÓN, confeccionada por familiar del afiliado.		
Prescriptor	Planilla 2. PRESCRIPCIÓN - HISTORIA CLÍNICA completada por profesional Médico (Neurólogo o Psiquiatra) o Psicólogo. No pueden ser confeccionadas por profesionales pertenecientes al servicio efector que brindará la prestación.		
Efector del servicio	Planilla 3. PROPUESTA DE SERVICIO		
	Plan de tratamiento que incluya áreas de abordaje, objetivos, métodos y técnicas de intervención, etc. realizado por el profesional que dirigirá, supervisará y coordinará el tratamiento.		
	Cronograma horario con detalle de cantidad de sesiones diarias, horarios en las cuales se brinda cada una y disciplina específica (días - horas - terapeuta). Cada sesión deberá tener una duración mínima 45 minutos.		
	En caso de ser RENOVACIÓN deberá incluirse a) informe del coordinador de equipo respecto de supervisiones realizadas, b) indicaciones específicas a las tareas de cada profesional del grupo, c) informe de evolución de tratamiento y d) copia de Orden de Prestación por el cual se autorizó el período previo.		
	Si hubiere AT en Domicilio : Plan de trabajo a cumplir ajustado a las indicaciones del equipo interdisciplinario; Detalle de carga horaria (días - horas) en la cual se realizará la tarea; Fotocopia del título de formación; Currículum Vitae; y en caso de tratarse de una RENOVACIÓN incluir a) informe de evolución confeccionado por el AT, b) indicaciones específicas del equipo interdisciplinario sobre las tareas que deberá realizar el AT para el nuevo período.		
	Si hubiere AT en Institución Educativa Común : Autorización para el ingreso en Institución Educativa 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; Plan de trabajo a cumplir ajustado a las indicaciones del equipo interdisciplinario; Fotocopia del título de formación; Currículum Vitae; y en caso de tratarse de una RENOVACIÓN incluir: a) informe de evolución confeccionado por el AT; b) indicaciones específicas del equipo interdisciplinario sobre las tareas que deberá realizar el AT para el nuevo período.		

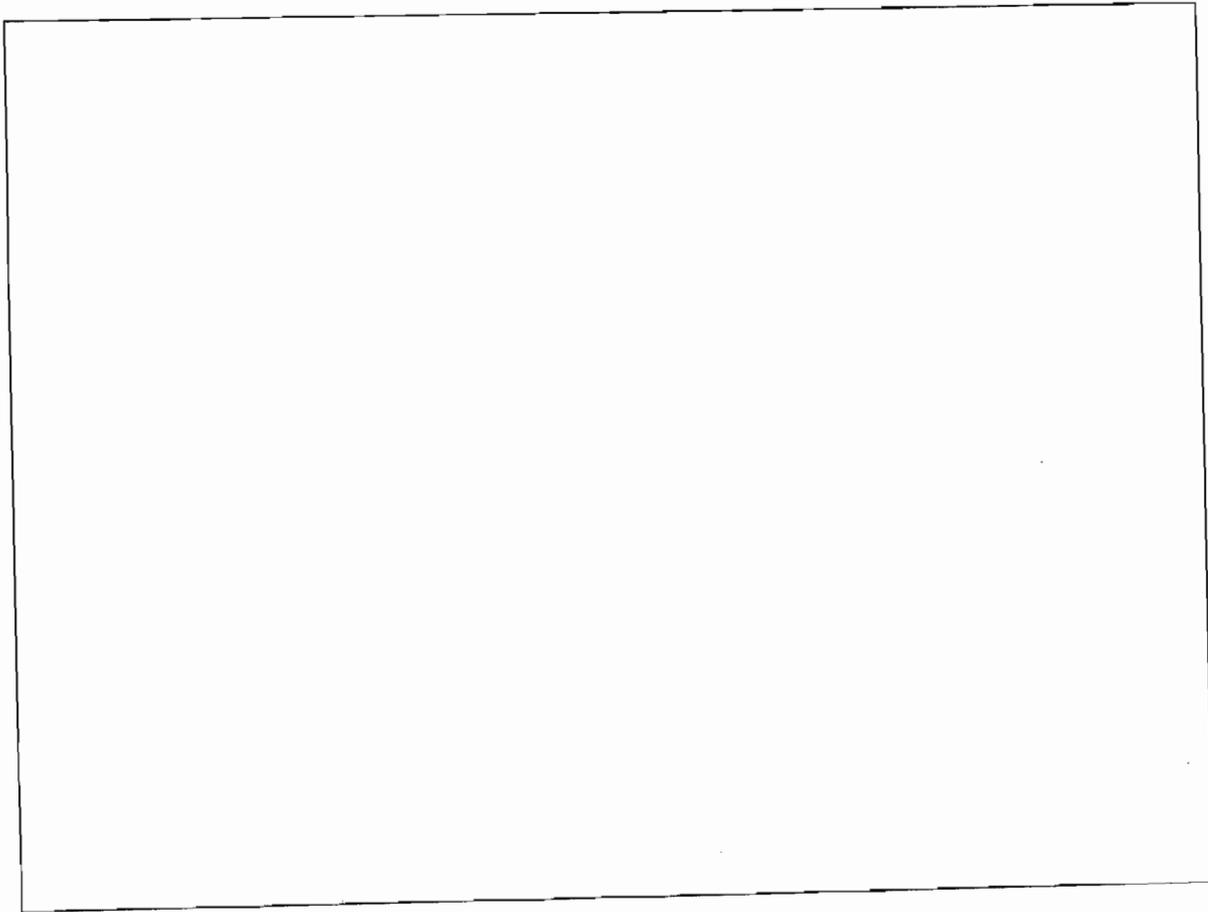
No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100% de su cobertura.

Fecha ___/___/___

Firma y aclaración del personal administrativo

6351 / 15

INFORME TÉCNICO Y EVOLUCIÓN A CARGO DEL AUDITOR REGIONAL:



.....

Fecha / /

Firma y sello del auditor regional



6351 / 15

Planilla 5-AUDITORIA CENTRAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTENSIVA E INTERDISCIPLINARIA
PARA AFILIADOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA
 A ser completada y firmada por Auditor de Área Educativo Terapéutico

Número de Trámite:

Apellido y Nombre del afiliado:.....

Fecha de Nacimiento: Diagnóstico:

Domicilio: Localidad:

Familiar responsable:

Teléfono:

El presente pedido de autorización se trata de: Primera vez Renovación

El efector del servicio es: Equipo en Domicilio Policlínica
 Equipo en Consultorio Centro Educativo Terapéutico

Datos del efector del servicio

Nombre:.....

Domicilio:.....

Teléfono:.....

CUIT:.....

Prestación Modulada y opcional

Se autoriza: SI NO

Detalle: M1 M2 M3

Supervisión: Médico (Psic. o Neurólogo) Lic. En Psicología
 Psicología Fonoaudiología Terapia Ocupacional Psicopedagogía
 Musicoterapia Psicomotricidad Kinesiología
 AT Domiciliario AT en Inst. Educativa Común

Fecha de inicio de la cobertura: ___/___/___ **Periodo Autorizado:** meses

Monto Mensual: \$..... **Monto Total:** \$

Observaciones del Auditor:

.....

Fecha: ___/___/___

.....
 Firma y sello

6351 / 15

Planilla 6. PLANILLA DE CAMBIO O BAJA
De la Atención Intensiva e Interdisciplinaria para afiliados con Trastornos del Espectro Autista
A ser completada por el Afiliado ó el Efector del servicio según el caso
La presente posee carácter de Declaración Jurada

Trámite N°

Nombre y apellido del afiliado:
Número de afiliado:

BAJA DEL EFECTOR DEL SERVICIO *A ser completada por el Afiliado o por el AT*

Nombre del Efector que se solicita dar de baja:
Fecha de baja: ___ / ___ / ___
Motivo de la baja:

Al solicitarse una BAJA de Efector se deberá adjuntar:

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

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

CAMBIO DE EFECTOR DEL SERVICIO *A ser completada por el Afiliado*

Nombre y apellido del Efector que se solicitá dar de **Baja**:
Fecha de baja: ___ / ___ / ___
Nombre y apellido del Efector que se solicita dar de **Alta**:
Fecha de alta: ___ / ___ / ___
Motivo del cambio:

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

- *Planilla 3 (Propuesta de Servicio)*
- *Plan de tratamiento.*
- *Cronograma horario de sesiones.*
- *Fotocopia de DNI de quien firma la misma.*
- *Fotocopia de orden de Prestación.*

Esta Planilla para cambio de Efector 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:



6351 / 15

NORMAS DE FACTURACIÓN

1. La facturación será recibida en el IOMA (en Delegación o Región al cual pertenece el prestador) del 01 al 10 de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada.
2. La factura deberá ser B o C, detallando los siguientes datos de este Instituto: domicilio, localidad, número de CUIT y calidad ante el IVA (Exento), deberá tener firma y sello del profesional que factura (representante del equipo interdisciplinario) o representante legal de la Institución que brinda el servicio. Se presentará **factura en original y dos fotocopias.**
3. Cada factura contendrá la prestación MODULADA (M1, M2, M3) y el Servicio Opcional Acompañante Terapéutico en Domicilio (ATD) y/o Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común (ATIEC) en caso de haber sido autorizado y brindado. Y solo un mes determinado de cobertura: 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, 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:
 - a. -Afiliados Obligatorio: su n° de Carnet de IOMA comienza con un número.
 - b. -Afiliados Voluntarios Individuales: su n° de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.
 - c. -Afiliados voluntarios Colectivos: su n° de Carnet comienza con la letra K a la Z.
5. Se deberá incluir una **Planilla de Resumen Mensual** (en original y una fotocopia) por cada mes facturado (prestación Modulada y Servicio Opcional). Deberá tener firma y sello del profesional que factura (representante del equipo interdisciplinario) o representante legal de la Institución que brinda el servicio. Se adjunta ejemplar de planilla como ANEXO V.



6351 / 15

6. En la primera presentación mensual de facturación se adjuntará la **Orden de Prestación original** emitida por Sector Autorizaciones de Dirección Programas Específicos, y 1 fotocopia de la misma en los meses subsiguientes.
7. **Planilla de Asistencia Diaria en original:**
 - Si el servicio es atención interdisciplinaria, de prestación MODULADA (M1, M2, M3): Planilla de asistencia para Equipo Domiciliario, de atención en consultorio, Policlínica y/o CET (ANEXO V).
 - Para Servicio de Acompañante Terapéutico: Planilla de Asistencia Diaria para Acompañante Terapéutico en Domicilio (ATD) y/o Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común (ATIEC). (ANEXO V).
8. **Constancia de opción de AFIP actualizada.**

NORMAS DE REFACTURACIÓN

- 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 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 (de la cual también de deberá adjuntar fotocopia), 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- Personal facturista del Instituto evaluará la documentación presentada y emitirá informe pertinente que será girado a Dirección de Finanzas.

ELEVACIÓN DEL TRÁMITE DE FACTURACIÓN A IOMA CENTRAL

A los fines de agilizar los procesos de liquidación y cancelación de estas prestaciones, 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 (Anexo V).
- 3ro. Orden de Prestación (original si es el primer mes facturado o 1 fotocopia si es el segundo mes facturado o subsiguiente).
- 4to. Planilla de Asistencia en original:
 - ✓ Para prestación MODULADA (M1, M2, M3): Planilla de asistencia para Equipo Domiciliario, de atención en consultorio, Policlínica y/o CET (Anexo V)
 - ✓ Para Servicio de Acompañante Terapéutico: Planilla de Asistencia Diaria para Acompañante Terapéutico en Domicilio (ATD) y/o Acompañante Terapéutico en Institución Educativa Común (ATIEC). (Anexo V).
- 5to. Constancia de opción de AFIP actualizada.
- 6to. Dos fotocopias de Planilla de Resumen Mensual (Anexo V)
- 7mo. Dos fotocopias de factura.



6351 / 15

PLANILLA DE ASISTENCIA PARA EQUIPO DOMICILIARIO, DE ATENCIÓN EN CONSULTORIO, POLICLINICA O CET
La presente posee carácter de Declaración Jurada

Mes de Prestación:.....

Año:.....

Por la presente deajo constancia que el afiliado con número de afiliado ha recibido las prestaciones autorizadas y correspondientes a:

- Módulo 1: Hasta dos (2) sesiones diarias de lunes a viernes.*
- Módulo 2: Tres (3) sesiones diarias de lunes a viernes.*
- Módulo 3: Cuatro (4) sesiones diarias de lunes a viernes.*

*Con sesión de duración mínima de 45 minutos
 *Con supervisión de Médico (Psiquiatra o Neurólogo) o Lic. en Psicología.

Prestación	Cantidad de sesiones	Datos del profesional actuante	Firma del profesional actuante	Firma del familiar responsable
Lic. En Psicología				
Lic. En Fonoaudiología				
Lic. En Psicopedagogía				
Lic. En Terapia Ocupacional				
Lic. En Musicoterapia				
Lic. En Psicomotricidad				
Lic. En Kinesiología				
Otros				
Datos del Supervisor			Firma del profesional	Firma del Familiar responsable

Conformidad de la prestación:
 Nombre y apellido:.....
 Parentesco:
 DNI:.....
 Firma:.....




**PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA PARA ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN
DOMICILIO y / o INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMUN**

La presente constituye una Declaración Jurada



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				
31				
31				

FIRMA DE AFILIADO O FAMILIAR: _____
 ACLARACIÓN DE LA FIRMA: _____
 Nº DE DOCUMENTO: _____
 GRADO DE PARENTESCO: _____

6351 / 15