

LA PLATA, 19 ABR 2017

VISTO el expediente N° 2914-14079/17 y agregado acumulados Expediente N° 2914-14079/17 Alc. 1/17 y Expediente N° 2914-14079/17 Alc. 2/17, iniciado por DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES, caratulado "PROYECTO DE REESTRUCTURACIÓN Y MODIFICACION DE LA RESOLUCION DE INTERNACION DOMICILIARIA N° 3544/15 GESTIONADA POR LA DIRECCION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS", y

**CONSIDERANDO:**

Que por las presentes actuaciones la Dirección de Programas Específicos propone la reestructuración y modificación del sistema que regula la Internación Domiciliaria, contemplado en la Resolución del Directorio N° 3544/15;

Que la Dirección proponente, fundamenta la reforma en la necesidad de reordenar las coberturas de las prestaciones de internación domiciliaria, agilizar el acceso a la prestación a fin de ejercer un mejor monitoreo de la marcha de la cobertura, establecer criterios médicos claros de admisión de la misma y adecuar los valores de las prestaciones a fin de garantizar la normal continuidad de los servicios de Atención Domiciliaria Integral a favor de los afiliados. Destaca asimismo que la normativa actual "resulta ambigua y amplia en algunos aspectos, no especificando patologías concretas, lo que puede dar lugar a considerar incluidos en el programa a pacientes que no lo necesitan o que pueden ser tratados con atención ambulatoria" y que para solucionar el déficit apuntado, se propone modular las patologías de manera más específica y establecer plazos máximos a cada módulo, sin perjuicio de su renovación en cada caso concreto;

Que se propone regular la combinación de módulos, la inclusión de la prestación de fonoaudiología como sub-módulo y la creación del sub-módulo de Insumos para pacientes Traqueostomizados o con asistencia respiratoria como también se prevé la modificación de los circuitos administrativos y requisitos del procedimiento de solicitud;


1597/17

Que a fojas 3/34 se formaliza la propuesta a través del Anexo I "Definición Conceptual y Objetivos"; Anexo II, Descripción de la Cobertura, Anexo III, "Valorización de la prestación"; Anexo IV "Normas Operativas" ; Anexo V "Normas de Facturación" y VI "Planillas" ;

Que a fojas 36/39 se completa el Anexo III con la valorización correspondiente;

Que a fojas 41 toma debida intervención la Dirección General de Prestaciones, sin realizar observaciones al proyecto de reforma y sugiere dar curso favorable al mismo;

Que fojas 42, se expide la Dirección General de Administración estimando que el gasto promedio mensual de las prestaciones brindadas por Internación Domiciliaria es de pesos ciento treinta millones (\$130.000.000). La base de cálculo de este importe se determinó en base a la facturación promedio de los últimos valores actualizados del período 2016. En función de lo analizado por la Dirección de Programas Específicos y la Dirección General de Prestaciones se determinó que el cambio de resolución traería una modificación en la conformación de los módulos y submódulos, generando esto un ajuste en las prestaciones solicitadas. Del análisis se determinó que la modificación acarrearía un incremento estimado en el gasto de pesos seis millones quinientos mil (\$6.500.000) mensuales, en consecuencia se realiza la imputación del período correspondiente al año 2017 en \$ 65.000.000, conforme planilla obrante a fojas 43;

Que a fojas 44/56, se agrega copia de la Resolución de Directorio N° 3544/15 y sus modificatorias N° 3286/16 y 4014/16;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas, desde el punto de vista de su competencia no tiene observaciones que formular respecto del proyecto en análisis;

Que el Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 15 de febrero de 2017, según consta en Acta N° 6, RESOLVIÓ por Unanimidad y ad referendum de los organismos de contralor: 1) Derogar la Resolución del Directorio N° 3544/15 y sus modificatorias. 2) Aprobar la reestructuración del sistema que regula la Atención Internación Domiciliaria, conforme los Anexos I "Definición Conceptual y Objetivos"; Anexo II, Descripción de la Cobertura, Anexo III, "Valorización de la prestación"; Anexo IV "Normas Operativas", Anexo V "Normas de Facturación" y VI "Planillas", los que como Anexo Único formarán parte del acto administrativo a dictarse, con vigencia a partir del 1° de marzo de 2017.

Dar intervención simultánea a la Asesoría General de Gobierno, a la Contaduría General de la Provincia y a la Fiscalía de Estado;

Que atento lo resuelto se remiten las actuaciones a la Asesoría General de Gobierno, formándose paralelamente los Alcances N° 1/17 y 2/17 remitidos a la Fiscalía de Estado y a la Contaduría General de la Provincia respectivamente;

Que a fojas 63 obra dictamen emitido por el Asesor General de Gobierno;

Que la Fiscalía de Estado de la Provincia de Buenos Aires toma vista a fojas 64/65 del Alcance 1;

Que a fojas 65 del Alcance 2, luce agregada intervención de la Secretaría Legal y Técnica de la Contaduría General de la provincia de Buenos Aires;

Que en todos los casos los organismos de asesoramiento y contralor fueron contestes en la posibilidad de continuar con las actuaciones y dictarse el acto administrativo de aprobación;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en la Ley N° 6982 (T.O. 1987).

Por ello,

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

ARTÍCULO 1°. Derogar la Resolución del Directorio N° 3544/15 y sus modificatorias.

ARTÍCULO 2°. Aprobar la reestructuración del sistema que regula la Atención Internacional Domiciliaria, conforme los Anexos I "Definición Conceptual y Objetivos"; Anexo II, Descripción de la Cobertura, Anexo III, "Valorización de la prestación"; Anexo IV "Normas Operativas", Anexo V "Normas de Facturación", y VI, "Planillas", los que como Anexo Único forman parte de la presente

1597/17

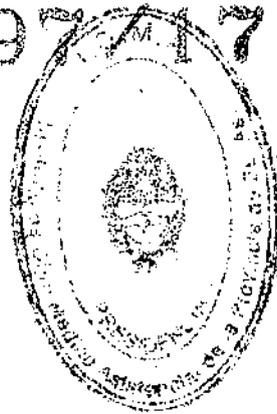
Resolución con vigencia a partir del 1° de marzo de 2017.

ARTÍCULO 3°. Establecer que el gasto que demande el cumplimiento de la presente será imputado con cargo a la partida: Entidad 200 IOMA – Programa 1 AES 4, Finalidad 3, Función 1, Fuente Financiamiento 1.2, Partida Principal 3, Partida Subprincipal 4, Parcial 8, Presupuesto aprobado por Ley N° 14.879 Ejercicio 2017.

ARTÍCULO 4°. Registrar. Notificar a la Fiscalía de Estado de la Provincia de Buenos Aires. Comunicar la Asesoría General de Gobierno, a la Contaduría General de la Provincia, a la Dirección de Programas Específicos, a la Dirección General de Prestaciones y demás Direcciones intervinientes para su conocimiento. Cumplido, archivar.

RESOLUCIÓN N°

1597/17



Dr. CARLOS M. D'ABATE
Presidente
IOMA

ANEXO I**DEFINICION CONCEPTUAL**

Se define servicio de Atención Domiciliaria Integral del IOMA al conjunto de acciones organizadas para la atención de patologías complejas por un conjunto de profesionales de la salud, técnicos y administrativos, bajo protocolos definidos de prestación, y registros unificados de asistencia, administrados en el domicilio del paciente.

Se diferencia de lo que es la consulta ambulatoria domiciliaria en que asiste a procesos agudos o subagudos bajo una secuencia de acciones integradas, permanencia diaria del sistema en el domicilio y recursos técnicos de diferente complejidad asociando acciones de un conjunto de personas.

Por ello la ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DEL IOMA está dirigida a aquellos pacientes que han sufrido una patología aguda, y habiendo superado dicho evento, requieren de un abordaje multidisciplinario para transitar en su domicilio el periodo subagudo de su enfermedad y su evolución de mayor a menor complejidad.

OBJETIVOS

- Brindar asistencia domiciliaria interactuando con los establecimientos asistenciales mediante mecanismos de transferencia y contra transferencia.
- Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno socio-familiar
- Evitar la institucionalización del paciente.
- Promover el compromiso y la participación activa de la familia mediante su adecuada información.
- Disminuir el promedio de días de internación aumentando la disponibilidad

de camas de II Nivel para patologías complejas.

- Disminuir las posibilidades de infección intrahospitalaria.

ANEXO II

DESCRIPCION DE LA COBERTURA

La prestación modulada de Atención Domiciliaria Integral del IOMA se basa en la complejidad clínica y estabilidad de funciones del paciente. Algunos módulos están destinados a situaciones de baja complejidad y mayor estabilidad de funciones, en tanto que otros se disponen para cuadros con mayor complejidad y menor estabilidad de funciones del paciente.

La presente conformación de los módulos y submódulos de Atención Domiciliaria Integral así como su valorización contenida en el Anexo II de la presente norma, solo son aplicables a las empresas incorporadas en el Registro Único de Prestadores de Atención Domiciliaria Integral del IOMA.



Módulo 1	
Medico	2 visitas/mes
Enfermería/auxiliar	1 a 2 prestaciones por día
Kinesiología/auxiliar	hasta 3 sesiones semanales
Insumos (requeridos según necesidad)	Guantes Antiséptico Cinta Baño fácil
Valor del Módulo	\$

Módulo 2	
Médico	2 visitas/mes
Enfermería/auxiliar	2 a 4 prestaciones por día
Kinesiología/auxiliar	hasta 3 sesiones semanales
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Bolsa colectora de orina/sonda vesical Gasas Guantes Perinox Venda Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Gula de suero Solución fisiológica o dextrosado Abocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor del Módulo	\$

1597/17

Módulo 3	
Médico	1 por semana
Enfermería/auxiliar	8 hs día
Kinesiología/auxiliar	3 a 5 sesiones semanales (motora o respiratoria)
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Gasas Guantes Pervinox Venda Jeringa de 10 y 5 mm Bolsa colectora de orina/sonda vesical Lidocaína Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Guía de suero Solución fisiológica o dextrosado Abbocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor del Módulo	\$

17

Módulo 4	
Medico	2 por semana
Enfermeria	24 hs día
Kinesiología/auxiliar	6 a 12 sesiones semanales (motora o respiratoria)
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Gasas Guantes Pervinox Venda Jeringa de 10, 5 y 1 mm. Algodón Bolsa colectora de orina/sonda vesical Lidocaína Sondas de aspiración Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Guía de suero Solución fisiológica o dextrosado Abocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor del Módulo	\$

SubMódulo	EQUIPAMIENTO	Valor \$
	Cama Ortopédica Colchón Antlescara Silla de Ruedas	

SubMódulo	ASISTENCIA RESPIRATORIA	Valor \$
A	Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (2 recargas por mes)	
B	Concentrador de O2 + Tubo de back up	
C	BPAP (Equipo de dos presiones en vía aérea sin frecuencia de back up) (máscara)	
D	Respirador (Equipo, circuito)	

SubMódulo	CUIDADOR DOMICILIARIO	Valor \$
A	4 horas por día	
B	8 horas por día	

SubMódulo	SOPORTE NUTRICIONAL ADULTO (implica la provisión del alimento nutricional)	Valor \$
A	Con Bomba	
B	Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía	

SubMódulo	SOPORTE NUTRICIONAL PEDIÁTRICOS (implica la provisión del alimento nutricional)	Valor \$
A	Con Bomba	
B	Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía	

1597/17

SubMódulo	PSICOLOGIA	Valor \$
	1 sesión semanal	
SubMódulo	TERAPIA OCUPACIONAL	Valor \$
	2 sesiones semanales	
SubMódulo	FONOAUDIOLOGIA	Valor \$
	2 sesiones semanales	
SubMódulo	ESTIMULACION TEMPRANA	Valor \$
	2 sesiones semanales	
SubMódulo	INSUMOS TRAQUEOSTOMIA	Valor \$
	Gasas TQT no tejidas (60 por mes)	
	Filtros (30 por mes)	
	Cánulas (2 por mes)	
	Aspirador manual de vacío (1 por internación)	

MODULOS DE ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL

Módulo 1 Sólo adulto (se autorizara por un período no mayor a 3 meses)

Pacientes en buen estado general con movilidad reducida.

Posoperatorios traumatológicos, cirugía de caderas, cirugías de miembros inferiores o posoperatorios invalidante.

Posoperatorio general que requiera curaciones.

Herida abierta que requiera curación plana.

Uso de medicación endovenosa/subcutánea/intramuscular

Comprende.

1. 1 o 2 prestaciones de enfermería/auxiliar por día.
2. Médico 1 visita cada 15 días.
3. Kinesiología/auxiliar hasta 3 sesiones semanales (motora y/o respiratoria)
4. Insumos requeridos según necesidad: Guantes, antiséptico, cinta, baño fácil.

F 1307/17

Módulo 2. Adultos y pediátricos (menor o igual a 15 años) (se autorizara por un periodo no mayor a 6 meses)

Pacientes en buen estado general, con movilidad reducida, que requiere control de funciones básicas.

Ejemplos: Patologías crónicas (degenerativas o invalidantes) ACV, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, ECNE, Epoc crónicos, que requieran alimentación por sonda enteral, control de sonda vesical, secuelas invalidantes motoras o respiratorias, enfermedad osteoarticular degenerativa crónica.

Administración de medicamentos por vía parenteral.

Comprende.

1. 2 a 4 prestaciones de enfermería/auxiliar por día
2. Médico 1 visita cada 15 días
3. Kinesiología/auxiliar hasta 3 sesiones semanales.
4. Insumos requeridos según necesidades: Alcohol líquido y gel, apósitos no estériles, baño fácil, cinta, gasas, guantes, pervinox, cinta, venda. Nebulizador /aspirador
5. Para administración parenteral: Guía de suero, solución fisiológica o dextrosado, abbocath, agujas, descartador, jeringas, llave de tres vías, prolongadores, tegaderm.



Módulo 3. Adultos y pediatría (menor o igual a 15 años) (se autorizará por un período no mayor a 6 meses)

Paciente en regular estado general, que requiere control de signos vitales, postrado en cama, atención de potencial complicación.

Ejemplos:

1597/17

- Patología neurológica desmielinizante o invalidante crónica que se encuentre en progresión o inestable.
- Insuficiencia cardíaca. Clase funcional II/III.
- EPOC reagudizado con disnea clase funcional II/III.
- Fibrosis quística, exacerbaciones.
- Neumopatías graves con requerimientos de oxígeno o inestables.
- Politraumas graves.
- ECNE.
- Epilepsias refractarias.
- Enfermedades genéticas.
- Plan de hidratación parenteral.
- Administración de medicamentos por vía parenteral.

Comprende

1. 8 horas de enfermería por día (pueden ser fraccionadas según las necesidades del paciente – ej. Aplicación ATB).
2. Médico. 1 visita por semana
3. Kinesiología/auxiliar 3 hasta 5 sesiones semanales motora o respiratoria.
4. Insumos requeridos según necesidades: Alcohol líquido y gel, apósitos no estériles, baño fácil, cinta, gasas, guantes estériles y de examen, pervinox, cinta, venda, jeringas de 10ml y de 5ml. Bolsa colectora de orina/sonda vesical y lidocaína. Nebulizador/aspirador.
5. Para administración parenteral :Guía de suero, solución fisiológica o dextrosado , abbocath, agujas, descartador, jeringas, llave de tres vías, prolongadores, tegaderm.

Módulo 4. Sostén respiratorio que incluye pacientes con requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica, ventilación no invasiva y/o traqueostomizados en adultos y pediátricos.

Comprende

1. 24 hs de enfermería por día.
2. Médico 2 visitas por semana.
3. Kinesiología/auxiliar 6 a 12 sesiones semanales. Motora y respiratoria
4. Insumos requeridos según necesidad: Alcohol líquido y gel, apósitos no estériles, baño fácil, cinta, gasas, guantes estériles y de examen, pervinox, cinta, venda, jeringas de 10ml , de 5ml y de 1 ml, algodón Bolsa colectora de orina y lidocaína. Sondas de aspiración, sondas Foley.
5. Para administración parenteral: Guía de suero, solución fisiológica o dextrosado, abbocath, agujas, descartador, jeringas, llave de tres vías, prolongadores, tegaderm.

SUBMODULO INSUMO OXIGENOTERAPIA (para solicitarlo se requerirán informe por médico especialista que avale la solicitud).

- Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (dos recargas por mes).
- Concentrador de oxígeno más tubo de back up.
- BPAP (equipo de dos presiones en vía aérea con frecuencia de back up; máscara).
- Respirador (equipo, circuito, filtro, cánulas).

SUBMODULO EQUIPAMIENTO

- Cama ortopédica

1597 / 17

- Colchón anti-escara
- Silla de ruedas

SUBMODULO DE SOPORTE NUTRICIONAL

Se reconoce la Nutrición Enteral como un procedimiento destinado a aportar los nutrientes necesarios directamente en el aparato digestivo a través de una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de una gastrostomía o yeyunostomía, requiriéndose que el paciente tenga su aparato digestivo con función motora y digestivo-absortiva suficiente.

ADULTO (implica la provisión del alimento nutricional)

- Con Bomba.
- Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía

PEDIATRICO (menor o igual a 15 años) (implica la provisión del alimento nutricional)

- Con Bomba
- Sin bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía.

SUBMODULO DE CUIDADOR

- Aquellos pacientes que se encuentren postrados y dependientes de terceros parcial o totalmente.
- Discapacitados o que acrediten LA NECESIDAD con resumen de historia clínica.
- Completar escala Índice de Barthel.

Este Sub-modulo puede combinarse con los Módulos 1,2 y 3

Cuidador A: 4 horas

Cuidador B: 8 horas

1587/17

SUBMODULO PSICOLOGIA

- Una sesión semanal

SUBMODULO TERAPIA OCUPACIONAL

- 2 sesiones semanales.

SUBMODULO FONOAUDILOGÍA

- 2 sesiones semanales.

SUBMODULO ESTIMULACIÓN TEMPRANA

- 2 sesiones semanales.

SUBMODULO INSUMOS TRAQUEOSTOMÍA (sólo módulo 3 y 4)

- Gasas TQT no tejidas (60 por mes).
- Filtros de traqueostomía (30 por mes).
- Cánulas (2 por mes).
- Aspirador manual de vacío (1 por internación).

OBSERVACIONES:

Las patologías mencionadas en el presente Anexo son a título ilustrativo para hacer referencia al tipo de paciente que corresponde para cada módulo según la complejidad del cuadro.

1597/17

Cualquier otro diagnóstico no mencionado aquí pero cuya situación clínica sea equivalente a alguna de las enunciadas, podrá excepcionalmente y para el caso concreto ser autorizado bajo alguno de los módulos a criterio de la auditoría médica.

EXCLUSIONES

- 1.- Adultos mayores sin requerimiento de enfermería profesional, y pasibles de cuidados en domicilio o instituciones contemplados en otras modalidades prestacionales de este IOMA.
- 2.- Pacientes con cuadros de demencia senil tales como Alzheimer y enfermedades relacionadas, sin otra condición clínica que amerite la prestación.
- 3.- Pacientes secuelares crónicos permanentes sin complejidad que NO requieran de atención de personal de enfermería, de atención médica programada ni de aparatología para el correcto control y seguimiento de su enfermedad de base.
- 4.- Pacientes con enfermedades sistémicas en estadio crónico sin requerimientos de insumos ni de enfermería para su correcto control.
- 5.- Pacientes que estén concurriendo o permanezcan en cualquier institución, establecimiento de salud, de enseñanza u otros y cuenten con enfermería y/o prestaciones médicas.
- 6.- Alimentación enteral con bomba en pacientes que no tengan patologías que ameriten dicha cobertura.



2017/17

ANEXO 3

Módulo 1	
Medico	2 visitas/mes
Enfermería/auxiliar	1 a 2 prestaciones por día
Kinesiología/auxiliar	hasta 3 sesiones semanales
Insumos (requeridos según necesidad)	Guantes Antiséptico Cinta Baño fácil

Valor del Módulo	\$ 14.251
------------------	-----------

Módulo 2	
Médico	2 visitas/mes
Enfermería/auxiliar	2 a 4 prestaciones por día
Kinesiología/auxiliar	hasta 3 sesiones semanales
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Bolsa colectora de orina/sonda vesical Gasas Guantes Pervinox Venda Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Guía de suero Solución fisiológica o dextrosado Abocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm

Valor del Módulo	\$ 25.973
------------------	-----------

1597/17

Módulo 3	
Médico	1 por semana
Enfermería/auxiliar	8 hs día
Kinesiología/auxiliar	3 a 5 sesiones semanales (motora o respiratoria)
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Gasas Guantes Pervinox Venda Jeringa de 10 y 5 mm Bolsa colectora de orina/sonda vesical Lidocaína Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Gula de suero Solución fisiológica o dextrosado Abocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor del Módulo	\$ 35.600

1591/17



Módulo 4	
Medico	2 por semana
Enfermeria	24 hs día
Kinesiología/auxiliar	6 a 12 sesiones semanales (motora o respiratoria)
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Gasas Guantes Pervinox Venda Jeringa de 10, 5 y 1 mm. Algodón Bolsa colectora de orina/sonda vesical Lidocalina Sondas de aspiración Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Guía de suero Solución fisiológica o dextrosado Abbocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor Módulo	\$ 77.583
Valor Módulo Pediatría	\$ 107.840

1597/17

SUBMODULOS

SubMódulo	EQUIPAMIENTO	Valor \$
	Cama Ortopédica	819
	Colchón Antiescara	573
	Silla de Ruedas	573

SubMódulo	ASISTENCIA RESPIRATORIA	Valor \$
A	Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (2 recargas por mes)	1.322
B	Concentrador de O2 + Tubo de back up	1.707
C	BPAP (Equipo de dos presiones en vía aérea sin frecuencia de back up) (máscara)	2.120
D	Respirador (Equipo, circuito, filtro, cánulas)	13.696

SubMódulo	CUIDADOR DOMICILIARIO	Valor \$
A	4 horas por día	7.500
B	8 horas por día	14.700

SubMódulo	SOPORTE NUTRICIONAL ADULTO (implica la provisión de alimento nutricional)	Valor \$
A	Con Bomba	12.408
B	Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía	11.550

SubMódulo	SOPORTE NUTRICIONAL PEDIÁTRICOS (implica la provisión de alimento nutricional)	Valor \$
A	Con Bomba	14.124
B	Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía	12.408

SubMódulo	PSICOLOGIA	Valor \$
	1 sesión semanal	1.320

SubMódulo	TERAPIA OCUPACIONAL	Valor \$
	2 sesiones semanales	2.340

SubMódulo	FONDAUDIOLOGIA	Valor \$
	2 sesiones semanales	2.340

SubMódulo	ESTIMULACION TEMPRANA	Valor \$
	2 sesiones semanales	2.340

SubMódulo	INSUMOS TRAQUEOSTOMIA	Valor \$
	Gasas TQT no tejidas (60 por mes)	\$ 7.100
	Filtros (30 por mes)	
	Cánulas (2 por mes)	
	Aspirador manual de vacío (1 por internación)	

**ANEXO IV
NORMAS OPERATIVAS.****ALTA**

Acceso del afiliado a la cobertura de atención domiciliaria integral del IOMA:

1.- El profesional que prescribe la solicitud de Atención Domiciliaria Integral deberá ser Profesional de Cartilla de IOMA (salvo en los casos de circuito de Emergencia Hospitalaria) y deberá completar la PLANILLA I - DE SOLICITUD DE INTERNACION DOMICILIARIA que se agrega como Anexo V..... de la presente, la que incluye resumen de la HISTORIA CLINICA y detalle de necesidades, y deberá ser acompañada de los estudios complementarios correspondientes si se requieren.

No serán autorizadas las solicitudes indicadas por profesionales pertenecientes a las empresas que brindaran la prestación. A tal fin, todas las empresas contenidas en el Registro de Prestadores de Atención Domiciliaria Integral del IOMA deberán mantener actualizado el registro del staff médico de la empresa, notificando en forma inmediata cualquier cambio, tomando como base el listado acompañado al momento del reempadronamiento.

2.- El Afiliado, Familiar o responsable autorizado deberá iniciar el trámite de solicitud del ALTA del pedido de cobertura de Atención domiciliaria, en la delegación correspondiente, acreditando su identificación como beneficiario de IOMA, con:

- Carnet de Afiliado directo y de familiar a cargo (Afiliado Obligatorio)
- DNI del afiliado directo y del familiar a cargo.
- Ultimo recibo de haberes (Afiliado obligatorio) y/o comprobante de pago (afiliado voluntario)

El inicio del trámite de solicitud de la prestación, estará a cargo del familiar del afiliado o representante autorizado por el mismo.

1597/17

En ningún caso la solicitud del Alta de la cobertura de Atención Domiciliaria Integral podrá ser iniciada o firmada por las empresas inscriptas en el Registro Único de Prestadores de Internación Domiciliaria.

La PLANILLA 1 para ser completada por el médico solicitante se podrá bajar de la página web del IOMA o podrá retirarse en la delegación/Región correspondiente.

3.- La **Delegación/Región** luego de verificar la documentación y validar la afiliación, realizará la carga del trámite y lo remitirá al Área de Auditoría regional.

4.- La **Auditoría Regional** validará la matrícula del profesional prescriptor, evaluará la planilla de solicitud del médico prescriptor, y resolverá previa auditoría en terreno si corresponde o no otorgar la prestación, completando la PLANILLA 2 - Evaluación y Propuesta de Atención domiciliaria, donde evaluará el requerimiento médico, modulando acorde al cuadro clínico y otorgando un plazo para la prestación de la cobertura, con firma y sello del Médico, la que deberá ser elevada a la regional correspondiente para la firma del Director Regional.

5.- La **Delegación/Región** elevará la solicitud al Sector de Atención Domiciliaria Integral de la Dirección de Programas Específicos, enviando al mail auditoriaterreno@ioma.gba.gov.ar la siguiente documentación escaneada:

- PLANILLA 1 –SOLICITUD de Internación Domiciliaria, firmada por el médico prescriptor de IOMA, con resumen de la Historia clínicas y estudios complementarios en caso de ser requeridos.
- Documentación identificatoria y afiliatoria del paciente.
- PLANILLA 2 - DE EVALUACION Y PROPUESTA de Atención domiciliaria suscripta por el médico auditor regional.

6.- El **Sector de Atención Domiciliaria Integral (ADI)** de la Dirección de Programas Específicos, a través de la **AUDITORIA CENTRAL**, y luego de su evaluación podrá a solicitar a la auditoría regional mayor información en caso de

10/17



necesitarlo, o resolverá su autorización con descripción del módulo otorgado y el período de tiempo, emitiendo la NOTA APTO con firma de la Auditoría Médica Central de IOMA que será enviada por mail a la Delegación para ser entregada al afiliado, junto con el listado de 3 empresas perteneciente a la región del afiliado designada de acuerdo al perfil y capacidad de la misma acreditada al momento del re empadronamiento, y la declaración jurada que deberá completar la empresa.

7.- El **Afiliado/Familiar o Responsable Autorizado** se contactará con la empresa seleccionada. La misma deberá entregar al IOMA la NOTA APTO firmada en conformidad y la declaración jurada, entregadas oportunamente por el Afiliado.

8.- La **Dirección de Programas Específicos** emitirá un ACTA con el dictamen de la auditoría médica cuya copia se entregará a la empresa, afiliado y Delegación/Regional según corresponda. La empresa deberá retirar el ACTA en la delegación/Regional correspondiente.

9.- En caso de necesidad de **traslados de urgencia y/o emergencia no programada** del afiliado, el mismo lo realizara la empresa de ID, atento a los requisitos vigentes para las empresas con convenio con este IOMA. El resto de traslados programados se realizaran según la normativa vigente.

10.- El Sector de Atención Domiciliaria Integral de Programas Específicos y las delegaciones regionales podrán solicitar en cualquier momento a los auditores regionales realicen una evaluación de las prestaciones realizadas por la empresa de Internación domiciliaria, conforme la PLANILLA 3 – Evaluación prestacional, que se adjunta en el Anexo V.

RENOVACION

Acceso de la empresa a la renovación de la cobertura de atención domiciliaria integral del IOMA.

L 1597/17

1.- Para el caso de una **RENOVACION** del pedido de cobertura de Atención Domiciliaria Integral, deberá solicitarlo la empresa que está prestando el servicio, acompañando la Historia Clínica y en caso de ser necesarios estudios complementarios que acrediten la necesidad de la continuidad del servicio, con treinta (30) días de anticipación al vencimiento del plazo del módulo.

2.- El médico de la empresa deberá completar la **PLANILLA RENOVACION** que se podrá descargar de la página web del IOMA o podrá retirarse en la delegación/Región y presentarla en la **Delegación/Región** que corresponda junto a la Declaración Jurada.

3.- La **Delegación/Región** luego de verificar la documentación y validar la afiliación, realizará la carga del trámite y lo remitirá al Área de Auditoría regional.

4.- La **Auditoría Regional** validará la matrícula del profesional prescriptor, evaluará la planilla de solicitud del médico prescriptor, y resolverá previa auditoría en terreno si corresponde o no otorgar la prestación, completando la PLANILLA 2 - Evaluación y Propuesta de Atención domiciliaria, donde evaluará el requerimiento médico, modulando acorde al cuadro clínico y otorgando un plazo para la prestación de la cobertura, con firma y sello del Médico, la que deberá ser elevada a la regional correspondiente para la firma del Director Regional.

5.- La **Delegación/Región** elevará la solicitud al Sector de Atención Domiciliaria Integral de la Dirección de Programas Específicos, enviando al mail auditoriaterreno@ioma.gba.gov.ar la siguiente documentación escaneada:

- **PLANILLA RENOVACION** de Internación Domiciliaria, firmada por el médico prescriptor de la empresa, con resumen de la Historia clínicas y estudios complementarios en caso de ser requeridos.

- Documentación identificatoria y afiliatoria del paciente.



IOMA



- PLANILLA 2 - DE EVALUACION Y PROPUESTA de Atención domiciliaria suscripta por el médico auditor regional.

-Declaración Jurada en conformidad.

6.- El Sector de Atención Domiciliaria Integral (ADI) de la Dirección de Programas Específicos, a través de la AUDITORIA CENTRAL, y luego de su evaluación podrá solicitar a la auditoria regional mayor información en caso de necesitarlo, o resolverá su autorización con descripción del módulo otorgado y el período de tiempo.

7.- La Dirección de Programas Específicos emitirá un ACTA con el dictamen de la auditoría médica cuya copia se entregará a la empresa, afiliado y Delegación/Regional según corresponda. La empresa deberá retirar el ACTA en la delegación/Regional correspondiente.

Responsabilidad del afiliado

- La cobertura de Atención Domiciliaria Integral del IOMA requiere que en el domicilio del paciente estén garantizadas las condiciones mínimas para el buen desenvolvimiento de los profesionales y el buen funcionamiento de la aparatología e insumos que requiere la prestación, tales como condiciones de higiene, suministro de energía, etc.
- La prestación del servicio de Atención Domiciliaria Integral del IOMA requiere de la correcta contención familiar del paciente. Este rol a cargo del familiar o persona a cargo es indelegable en ningún miembro del servicio de Atención Domiciliaria. Asimismo no es viable la prestación del servicio en afiliados que viven solos.

1597/17

- El IOMA no autorizará la cobertura en aquellos domicilios donde no estén dadas las condiciones familiares y de habitabilidad mínimas que garanticen la normal prestación del servicio.
- El IOMA interrumpirá aquella cobertura de Atención Domiciliaria donde se comprueben irregularidades con el paciente o familiares del mismo, que impidan el normal funcionamiento de la prestación.
- Las denuncias del afiliado o familiares acerca de incumplimientos por parte del servicio de Atención Domiciliaria, deberán ser formuladas por escrito y con firma del denunciante.

10/07/17

**ANEXO V.-
NORMAS DE FACTURACION.**

Requisitos para la presentación de la documentación

A. Toda la documentación deberá encontrarse foliada correlativamente.

B. Factura tipo B ó C, según corresponda, a nombre de IOMA, por triplicado firmada y sellada por el prestador en original los tres (tres) formularios.

- El titular de la factura deberá ser la persona física o jurídica que sea prestador del IOMA

El valor del monto total se facturará discriminado en tres facturas según sean Afiliados Obligatorios, Afiliados Voluntarios Individuales, y Afiliados Voluntarios Colectivos:

- Afiliados Obligatorios: su N de Carnet de IOMA comienza con un número.
- Afiliados Voluntarios Individuales: su N de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.
- Afiliados Voluntarios Colectivos: su N° de Carnet comienza con la letra K a la Z

 Contenido de la factura:

- Membrete preimpreso identificatorio del emisor.
- Domicilio.
- Número de CUIT.
- Factura a nombre, domicilio y datos contables de I.O.M.A
- Concepto general de la prestación brindada
- Cantidad de afiliados que se está facturando
- Período facturado.
- Monto total en números y letras.
- Código del establecimiento.
- Cantidad de folios.

 [1597 / 17

C. Resumen mensual de facturación por triplicado, firmado y sellado en original los tres resúmenes. Dicho resumen contendrá: listado de afiliados presentados, con Nombre, Apellido, Nro. de Afiliado, períodos, y montos parciales y totales

Contenido del resumen mensual de facturación:

- Número de pacientes con cobertura
- Nomina de los afiliados facturados en ese mes
- N° de beneficiario de IOMA
- Descripción de los módulos otorgados
- Importe parcial y total por afiliado.

D. Documentación individual: **la Factura B o C a nombre de IOMA y el resumen mensual deberán acompañarse junto con:**

- 1.- HISTORIA CLINICA por cada afiliado.
2. PLANILLA DE ASISTENCIA y CONFORMIDAD por cada paciente, con la correspondiente firma y conformidad del afiliado o familiar en original detallando en forma mensual las prestaciones recibidas por parte de los profesionales actuantes y el copia del DNI del firmante de la planilla de asistencia y conformidad.
3. NOTA APTO / ORDEN DE PRESTACION / ACTA DE AUTORIZACION ORIGINAL emitida por el IOMA: Se presentará para el primer mes del período otorgado, y copias de la misma en los meses subsiguientes.

Plazo de presentación

1. La facturación será recepcionada en este IOMA del 01 al 10 de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada.
2. Cada factura contendrá 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.

El plazo máximo de vencimiento de presentación de facturación será a los noventa días de efectuada la prestación.

Toda presentación que supere dicho lapso de tiempo, no podrá ser facturada, y será devuelta al prestador.

A los fines operativos de contar desde este IOMA con un mapa actualizado de disponibilidad de servicios de Atención Domiciliaria Integral en la Provincia de Buenos Aires, se solicitará cada cuatro meses junto con la facturación a las empresas contenidas en el Registro de Prestadores, una Declaración Jurada con la zona geográfica donde las mismas brindan cobertura.

1597/17

ENFERMERÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

1 a 2 prestaciones por día 2 a 4 prestaciones por día 8 hs día 24 hs día

Justificación (breve, clara y legible):

FONOAUDIOLOGIA válido para módulo 2, 3 y 4 (seleccione según corresponda con una cruz)

2 sesiones semanales

Justificación (breve, clara y legible):

KINESIOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Hasta 3 sesiones por semana 3 a 5 sesiones por semana (motora y/o respiratoria)

6 a 12 sesiones semanales (motora y/o respiratoria)

Justificación (breve, clara y legible):

MEDICO (seleccione según corresponda con una cruz)

2 visitas por mes 1 por semana 2 visitas por semana

Justificación (breve, clara y legible):

PSICOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Una sesión por semana No necesita

Justificación (breve, clara y legible):

2017/17

EQUIPAMIENTO (seleccione según corresponda con una cruz)Cama ortopédica Colchón-antiescara Silla de ruedas

Justificación (breve, clara y legible):

ASISTENCIA RESPIRATORIA (seleccione según corresponda con una cruz)

Tubo (T6) (2 recargas)

Concentrador de O2 + Tubo de back up

Equipo de dos presiones en vía aérea con frecuencia de back up (BPAP)

Respirador (equipo, circuito, filtro, cánulas)

Justificación (breve, clara y legible):

TERAPIA OCUPACIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)2 sesiones semanales No necesita

Justificación (breve, clara y legible):

CUIDADOR DOMICILIARIO (seleccione según corresponda con una cruz)4 horas por día 8 horas por día

Justificación (breve, clara y legible):

INDICE DE BARTHEL (grado de dependencia) Total Grave Moderado Leve Independiente **SOPORTE NUTRICIONAL** (seleccione según corresponda con una cruz)A. Con Bomba B. Sin Bomba con sonda nasogástrica

Justificación (breve, clara y legible):

1597/17

ESTIMULACION TEMPRANA (Sólo pediátricos) (seleccione según corresponda con una cruz)

Dos sesiones por semana No necesita

Justificación (breve, clara y legible):

INSUMOS TRAQUEOSTOMÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Incluye:
Gasas TQT no tejidas (60 por mes)
Filtros (30 por mes)
Cánulas (2 por mes)
Aspirador Manual de Vacío (1 por internación)

Requiere No requiere

Justificación (breve, clara y legible):

3. INTERNACIÓN DOMICILIARIA - ANEXO III

La presente constituye una Declaración Jurada

Yo, _____ DNI _____

domiciliado en _____

de la ciudad de _____, soy responsable de esta solicitud/renovación del servicio de internación domiciliaria, Programa de Atención Domiciliaria Integral de IOMA, según resolución vigente.

Declaro conocer sus alcances y restricciones, no haber falsificado datos sobre la necesidad de recibir esta prestación de atención domiciliaria para el/la señor/a _____

afiliado N° _____, haciéndome responsable de cumplir con los compromisos asumidos. Declaro asimismo, que la prestación será brindada en conformidad con la empresa _____

IOMA se reserva el derecho de suspender el servicio, modificarlo o iniciar las acciones legales correspondientes, según criterios de auditoría o si se detectaran irregularidades, sancionando según normas vigentes a afiliados y/o terceros.

Además, si el paciente concurre a centros de rehabilitación, hogares de día o debe ser internado en una institución de segundo o tercer nivel y se encuentra bajo la modalidad de internación domiciliaria, deberá realizarse en forma inmediata la denuncia obligatoria ante IOMA, ya que estas prestaciones son incompatibles.




Firma y aclaración
Afiliado/familiar/responsable

Firma y aclaración
Responsable Empresa
prestadora

Firma y aclaración
responsable del IOMA

1597/17

**ENFERMERÍA** (seleccione según corresponda con una cruz)1 a 2 prestaciones por día 2 a 4 prestaciones por día 8 hs día 24 hs día

Justificación (breve, clara y legible):

FONOLOGÍA válido para módulo 2, 3 y 4 (seleccione según corresponda con una cruz)2 sesiones semanales

Justificación (breve, clara y legible):

KINESIOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)Hasta 3 sesiones por semana 3 a 5 sesiones por semana (motora y/o respiratoria) Más de 12 sesiones semanales (motora y/o respiratoria)

Justificación (breve, clara y legible):

MEDICO (seleccione según corresponda con una cruz)2 visitas por mes 1 por semana 2 visitas por semana

Justificación (breve, clara y legible):

PSICOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)Una sesión por semana No necesita

Justificación (breve, clara y legible):

EQUIPAMIENTO (seleccione según corresponda con una cruz)Cama ortopédica Colchón-antiescara Silla de ruedas Justificación (breve, clara y legible):

ASISTENCIA RESPIRATORIA (seleccione según corresponda con una cruz)Tubo (T6) (2 recargas) Concentrador de O2 + Tubo de back up Equipo de dos presiones en vía aérea con frecuencia de back up (BPAP) Respirador (equipo, circuito, filtro, cánulas) Justificación (breve, clara y legible):

TERAPIA OCUPACIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)2 sesiones semanales No necesita Justificación (breve, clara y legible):

CUIDADOR DOMICILIARIO (seleccione según corresponda con una cruz)4 horas por día 8 horas por día Justificación (breve, clara y legible):

INDICE DE BARTHEL (grado de dependencia) Total Grave Moderado Leve Independiente

**SOPORTE NUTRICIONAL** (seleccione según corresponda con una cruz)B. Con Bomba B. Sin Bomba con sonda nasogástrica Justificación (breve, clara y legible):

ESTIMULACION TEMPRANA (Sólo pediátricos) (seleccione según corresponda con una cruz)Dos sesiones por semana No necesita Justificación (breve, clara y legible):

INSUMOS TRAQUEOSTOMÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Incluye:

Gasas TQT no tejidas (60 por mes)

Filtros (30 por mes)

Cánulas (2 por mes)

Aspirador Manual de Vacío (1 por internación)

Requiere No requiere Justificación (breve, clara y legible):

1597/17

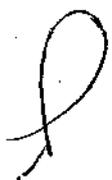
ANEXO I**DEFINICION CONCEPTUAL**

Se define servicio de Atención Domiciliaria Integral del IOMA al conjunto de acciones organizadas para la atención de patologías complejas por un conjunto de profesionales de la salud, técnicos y administrativos, bajo protocolos definidos de prestación, y registros unificados de asistencia, administrados en el domicilio del paciente.

Se diferencia de lo que es la consulta ambulatoria domiciliaria en que asiste a procesos agudos o subagudos bajo una secuencia de acciones integradas, permanencia diaria del sistema en el domicilio y recursos técnicos de diferente complejidad asociando acciones de un conjunto de personas.

Por ello la ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DEL IOMA está dirigida a aquellos pacientes que han sufrido una patología aguda, y habiendo superado dicho evento, requieren de un abordaje multidisciplinario para transitar en su domicilio el periodo subagudo de su enfermedad y su evolución de mayor a menor complejidad.

OBJETIVOS

- 
- Brindar asistencia domiciliaria interactuando con los establecimientos asistenciales mediante mecanismos de transferencia y contra transferencia.
 - Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno socio-familiar
 - Evitar la institucionalización del paciente.
 - Promover el compromiso y la participación activa de la familia mediante su adecuada información.
 - Disminuir el promedio de días de internación aumentando la disponibilidad
- 

de camas de II Nivel para patologías complejas.

- Disminuir las posibilidades de infección intrahospitalaria.

ANEXO II

DESCRIPCION DE LA COBERTURA

La prestación modulada de Atención Domiciliaria Integral del IOMA se basa en la complejidad clínica y estabilidad de funciones del paciente. Algunos módulos están destinados a situaciones de baja complejidad y mayor estabilidad de funciones, en tanto que otros se disponen para cuadros con mayor complejidad y menor estabilidad de funciones del paciente.

La presente conformación de los módulos y submódulos de Atención Domiciliaria Integral así como su valorización contenida en el Anexo II de la presente norma, solo son aplicables a las empresas incorporadas en el Registro Único de Prestadores de Atención Domiciliaria Integral del IOMA.

Módulo 1:	
Medico	2 visitas/mes
Enfermería/auxiliar	1 a 2 prestaciones por día
Kinesiología/auxiliar	hasta 3 sesiones semanales
Insumos (requeridos según necesidad)	Guantes Antiséptico Cinta Baño fácil
Valor del Módulo	\$

Módulo 2:	
Médico	2 visitas/mes
Enfermería/auxiliar	2 a 4 prestaciones por día
Kinesiología/auxiliar	hasta 3 sesiones semanales
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Bolsa colector de orina/sonda vesical Gasas Guantes Pervinox Venda Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Guía de suero Solución fisiológica o dextrosado Abocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor del Módulo	\$

1597/17

Módulo 3	
Médico	1 por semana
Enfermería/auxiliar	8 hs día
Kinesiología/auxiliar	3 a 5 sesiones semanales (motora o respiratoria)
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Gasas Guantes Pervinox Venda Jeringa de 10 y 5 mm Bolsa colectora de orina/sonda vesical Lidocaína Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Guía de suero Solución fisiológica o dextrosado Abbocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor del Módulo	\$

Módulo 4	
Medico	2 por semana
Enfermería	24 hs día
Kinesiología/auxiliar	6 a 12 sesiones semanales (motora o respiratoria)
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Gasas Guantes Peróxido Venda Jeringa de 10, 5 y 1 mm. Algodón Bolsa colectora de orina/sonda vesical Lidocaína Sondas de aspiración Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Gula de suero Solución fisiológica o dextrosado Abocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor del Módulo	\$

SubMódulo	EQUIPAMIENTO	Valor \$
	Cama Ortopédica Colchón Antiescara Silla de Ruedas	

SubMódulo	ASISTENCIA RESPIRATORIA	Valor \$
A	Tubo T8 m3 con manómetro y tubuladuras (2 recargas por mes)	
B	Concentrador de O2 + Tubo de back up	
C	BPAP (Equipo de dos presiones en vía aérea sin frecuencia de back up) (máscara)	
D	Respirador (Equipo, circuito)	

SubMódulo	CUIDADOR DOMICILIARIO	Valor \$
A	4 horas por día	
B	8 horas por día	

SubMódulo	SOPORTE NUTRICIONAL ADULTO (implica la provisión del alimento nutricional)	Valor \$
A	Con Bomba	
B	Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía	

SubMódulo	SOPORTE NUTRICIONAL PEDIÁTRICOS (implica la provisión del alimento nutricional)	Valor \$
A	Con Bomba	
B	Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía	

1597/17

SubMódulo	PSICOLOGIA	Valor \$
	1 sesión semanal	
SubMódulo	TERAPIA OCUPACIONAL	Valor \$
	2 sesiones semanales	
SubMódulo	FONOAUDILOGIA	Valor \$
	2 sesiones semanales	
SubMódulo	ESTIMULACION TEMPRANA	Valor \$
	2 sesiones semanales	
SubMódulo	INSUMOS TRAQUEOSTOMIA	Valor \$
	Gasas TQT no tejidas (60 por mes)	
	Filtros (30 por mes)	
	Cánulas (2 por mes)	
	Aspirador manual de vacío (1 por internación)	

MODULOS DE ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL

Módulo 1 Sólo adulto (se autorizara por un período no mayor a 3 meses)

Pacientes en buen estado general con movilidad reducida.

Posoperatorios traumatológicos, cirugía de caderas, cirugías de miembros inferiores o posoperatorios invalidante.

Posoperatorio general que requiera curaciones.

Herida abierta que requiera curación plana.

Uso de medicación endovenosa/subcutánea/intramuscular

Comprende.

1. 1 o 2 prestaciones de enfermería/auxiliar por día.
2. Médico 1 visita cada 15 días.
3. Kinesiología/auxiliar hasta 3 sesiones semanales (motora y/o respiratoria)
4. Insumos requeridos según necesidad: Guantes, antiséptico, cinta, baño fácil.

07 / 17

Módulo 2. Adultos y pediátricos (menor o igual a 15 años) (se autorizara por un periodo no mayor a 6 meses)

Pacientes en buen estado general, con movilidad reducida, que requiere control de funciones básicas.

Ejemplos: Patologías crónicas (degenerativas o invalidantes) ACV, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, ECNE, Epoc crónicos, que requieran alimentación por sonda enteral, control de sonda vesical, secuelas invalidantes motoras o respiratorias, enfermedad osteoarticular degenerativa crónica.

Administración de medicamentos por vía parenteral.

Comprende.

1. 2 a 4 prestaciones de enfermería/auxiliar por día
2. Médico 1 visita cada 15 días
3. Kinesiología/auxiliar hasta 3 sesiones semanales.
4. Insumos requeridos según necesidades: Alcohol líquido y gel, apósitos no estériles, baño fácil, cinta, gasas, guantes, pervinox, cinta, venda. Nebulizador /aspirador
5. Para administración parenteral: Guía de suero, solución fisiológica o dextrosado, abboath, agujas, descartador, jeringas, llave de tres vías, prolongadores, tegaderm.

Módulo 3. Adultos y pediatría (menor o igual a 15 años) (se autorizará por un período no mayor a 6 meses)

Paciente en regular estado general, que requiere control de signos vitales, postrado en cama, atención de potencial complicación.

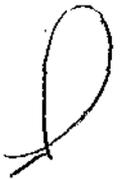
Ejemplos:

E 1597 / 17

- Patología neurológica desmielinizante o invalidante crónica que se encuentre en progresión o inestable.
- Insuficiencia cardíaca. Clase funcional II/III.
- EPOC reagudizado con disnea clase funcional II/III.
- Fibrosis quística, exacerbaciones.
- Neumopatías graves con requerimientos de oxígeno o inestables.
- Politraumas graves.
- ECNE.
- Epilepsias refractarias.
- Enfermedades genéticas.
- Plan de hidratación parenteral.
- Administración de medicamentos por vía parenteral.

Comprende

1. 8 horas de enfermería por día (pueden ser fraccionadas según las necesidades del paciente – ej. Aplicación ATB).
2. Médico. 1 visita por semana
3. Kinesiología/auxiliar 3 hasta 5 sesiones semanales motora o respiratoria.
4. Insumos requeridos según necesidades: Alcohol líquido y gel, apósitos no estériles, baño fácil, cinta, gasas, guantes estériles y de examen, pervinox, cinta, venda, jeringas de 10ml y de 5ml. Bolsa colectora de orina/sonda vesical y lidocaína. Nebulizador/aspirador.
5. Paña administración parenteral :Guía de suero, solución fisiológica o dextrosado , abbocath, agujas, descartador, jeringas, llave de tres vías, prolongadores, tegaderm.



12

Módulo 4. Sostén respiratorio que incluye pacientes con requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica, ventilación no invasiva y/o traqueostomizados en adultos y pediátricos.

Comprende

1. 24 hs de enfermería por día.
2. Médico 2 visitas por semana.
3. Kinesiología/auxiliar 6 a 12 sesiones semanales. Motora y respiratoria
4. Insumos requeridos según necesidad: Alcohol líquido y gel, apósitos no estériles, baño fácil, cinta, gasas, guantes estériles y de examen, pervinox, cinta, venda, jeringas de 10ml , de 5ml y de 1 ml, algodón Bolsa colectora de orina y lidocaína. Sondás de aspiración, sondas Foley.
5. Para administración parenteral: Guía de suero, solución fisiológica o dextrosado, abbocath, agujas, descartador, jeringas, llave de tres vías, prolongadores, tegaderm.

SUBMODULO INSUMO OXIGENOTERAPIA (para solicitarlo se requerirán informe por médico especialista que avale la solicitud).

- Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (dos recargas por mes).
- Concentrador de oxígeno más tubo de back up.
- BPAP (equipo de dos presiones en vía aérea con frecuencia de back up; máscara).
- Respirador (equipo, circuito, filtro, cánulas).

SUBMODULO EQUIPAMIENTO

- Cama ortopédica

- Colchón anti-escara
- Silla de ruedas

SUBMODULO DE SOPORTE NUTRICIONAL

Se reconoce la Nutrición Enteral como un procedimiento destinado a aportar los nutrientes necesarios directamente en el aparato digestivo a través de una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de una gastrostomía o yeyunostomía, requiriéndose que el paciente tenga su aparato digestivo con función motora y digestivo-absortiva suficiente.

ADULTO (implica la provisión del alimento nutricional)

- Con Bomba.
- Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía

PEDIATRICO (menor o igual a 15 años) (implica la provisión del alimento nutricional)

- Con Bomba
- Sin bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía.

SUBMODULO DE CUIDADOR

- Aquellos pacientes que se encuentren postrados y dependientes de terceros parcial o totalmente.
- Discapacitados o que acrediten LA NECESIDAD con resumen de historia clínica.
- Completar escala Índice de Barthel.

Este Sub-módulo puede combinarse con los Módulos 1,2 y 3

Cuidador A: 4 horas

Cuidador B: 8 horas

L 1597 / 17

SUBMODULO PSICOLOGIA

- Una sesión semanal

SUBMODULO TERAPIA OCUPACIONAL

- 2 sesiones semanales.

SUBMODULO FONOAUDILOGÍA

- 2 sesiones semanales.

SUBMODULO ESTIMULACIÓN TEMPRANA

- 2 sesiones semanales.

SUBMODULO INSUMOS TRAQUEOSTOMÍA (sólo módulo 3 y 4)

- Gasas TQT no tejidas (60 por mes).
- Filtros de traqueostomía (30 por mes).
- Cánulas (2 por mes).
- Aspirador manual de vacío (1 por internación).

OBSERVACIONES:

Las patologías mencionadas en el presente Anexo son a título ilustrativo para hacer referencia al tipo de paciente que corresponde para cada módulo según la complejidad del cuadro.

Cualquier otro diagnóstico no mencionado aquí pero cuya situación clínica sea equivalente a alguna de las enunciadas, podrá excepcionalmente y para el caso concreto ser autorizado bajo alguno de los módulos a criterio de la auditoría médica.

EXCLUSIONES

- 1.- Adultos mayores sin requerimiento de enfermería profesional, y pasibles de cuidados en domicilio o instituciones contemplados en otras modalidades prestacionales de este IOMA.
- 2.- Pacientes con cuadros de demencia senil tales como Alzheimer y enfermedades relacionadas, sin otra condición clínica que amerite la prestación.
- 3.- Pacientes secuelares crónicos permanentes sin complejidad que NO requieran de atención de personal de enfermería, de atención médica programada ni de aparatología para el correcto control y seguimiento de su enfermedad de base.
- 4.- Pacientes con enfermedades sistémicas en estadio crónico sin requerimientos de insumos ni de enfermería para su correcto control.
- 5.- Pacientes que estén concurriendo o permanezcan en cualquier institución, establecimiento de salud, de enseñanza u otros y cuenten con enfermería y/o prestaciones médicas.
- 6.- Alimentación enteral con bomba en pacientes que no tengan patologías que ameriten dicha cobertura.



1597/17

ANEXO 3

Módulo 1	
Medico	2 visitas/mes
Enfermería/auxiliar	1 a 2 prestaciones por día
Kinesiología/auxiliar	hasta 3 sesiones semanales
Insumos (requeridos según necesidad)	Guantes Antiséptico Cinta Baño fácil

Valor del Módulo	\$ 14.251
------------------	-----------

Módulo 2	
Médico	2 visitas/mes
Enfermería/auxiliar	2 a 4 prestaciones por día
Kinesiología/auxiliar	hasta 3 sesiones semanales
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Bolsa colectora de orina/sonda vesical Gasas Guantes Pervinox Venda Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Guía de suero Solución fisiológica o dextrosado Abbocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm

Valor del Módulo	\$ 25.973
------------------	-----------

L 1597/17

Módulo 3	
Médico	1 por semana
Enfermería/auxiliar	8 hs día
Kinesiología/auxiliar	3 a 5 sesiones semanales (motora o respiratoria)
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Gasas Guantes Pervinox Venda Jeringa de 10 y 5 mm Bolsa colectora de orina/sonda vesical Lidocaína Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Gula de suero Solución fisiológica o dextrosado Abbocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor del Módulo	\$ 35.600

17

Módulo 4	
Medico	2 por semana
Enfermeria	24 hs día
Kinesiología/auxiliar	6 a 12 sesiones semanales (motora o respiratoria)
Insumos (requeridos según necesidad)	Alcohol líquido y gel Apositos no estériles Baño fácil Cinta Gasas Guantes Pervinox Venda Jeringa de 10, 5 y 1 mm. Algodón Bolsa colectora de orina/sonda vesical Lidocaína Sondas de aspiración Nebulizador/Aspirador
Insumos Administración Parenteral (requeridos según necesidad)	Guía de suero Solución fisiológica o dextrosado Abocath Agujas Descatador Jeringas Llave de tres vías Prolongadores Tegaderm
Valor Módulo	\$ 77.583
Valor Módulo Pediatría	\$ 107.840

1597/17

SUBMODULOS

SubMódulo	EQUIPAMIENTO	Valor \$
	Cama Ortopédica	919
	Colchón Antiescara	573
	Silla de Ruedas	573

SubMódulo	ASISTENCIA RESPIRATORIA	Valor \$
A	Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (2 recargas por mes)	1.322
B	Concentrador de O2 + Tubo de back up	1.707
C	BPAP (Equipo de dos presiones en vía aérea sin frecuencia de back up) (máscara)	2.120
D	Respirador (Equipo, circuito, filtro, cánulas)	13.696

SubMódulo	CUIDADOR DOMICILIARIO	Valor \$
A	4 horas por día	7.500
B	8 horas por día	14.700

SubMódulo	SOPORTE NUTRICIONAL ADULTO (Implica la provisión del alimento nutricional)	Valor \$
A	Con Bomba	12.408
B	Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía	11.550

SubMódulo	SOPORTE NUTRICIONAL PEDIÁTRICOS (Implica la provisión del alimento nutricional)	Valor \$
A	Con Bomba	14.124
B	Sin Bomba con sonda nasogástrica/nasoduodenal o yeyunostomía	12.408

SubMódulo	PSICOLOGIA	Valor \$
	1 sesión semanal	1.320

SubMódulo	TERAPIA OCUPACIONAL	Valor \$
	2 sesiones semanales	2.340

SubMódulo	FONOAUDILOGIA	Valor \$
	2 sesiones semanales	2.340

SubMódulo	ESTIMULACION TEMPRANA	Valor \$
	2 sesiones semanales	2.340

SubMódulo	INSUMOS TRAQUEOSTOMIA	Valor \$
	Gasas TQT no tejidas (60 por mes)	\$ 7.100
	Filtros (30 por mes)	
	Cánulas (2 por mes)	
	Aspirador manual de vacío (1 por internación)	

**ANEXO IV
NORMAS OPERATIVAS.****ALTA**

Acceso del afiliado a la cobertura de atención domiciliaria integral del IOMA:

1.- El **profesional que prescribe** la solicitud de Atención Domiciliaria Integral deberá ser Profesional de Cartilla de IOMA (salvo en los casos de circuito de Emergencia Hospitalaria) y deberá completar la PLANILLA I - DE SOLICITUD DE INTERNACION DOMICILIARIA que se agrega como Anexo V..... de la presente, la que incluye resumen de la HISTORIA CLINICA y detalle de necesidades, y deberá ser acompañada de los estudios complementarios correspondientes si se requieren.

No serán autorizadas las solicitudes indicadas por profesionales pertenecientes a las empresas que brindaran la prestación. A tal fin, todas las empresas contenidas en el Registro de Prestadores de Atención Domiciliaria Integral del IOMA deberán mantener actualizado el registro del staff médico de la empresa, notificando en forma inmediata cualquier cambio, tomando como base el listado acompañado al momento del reempadronamiento.

2.- El **Afiliado, Familiar o responsable autorizado** deberá iniciar el trámite de solicitud del ALTA del pedido de cobertura de Atención domiciliaria, en la delegación correspondiente, acreditando su identificación como beneficiario de IOMA, con:

- Carnet de Afiliado directo y de familiar a cargo (Afiliado Obligatorio)
- DNI del afiliado directo y del familiar a cargo.
- Ultimo recibo de haberes (Afiliado obligatorio) y/o comprobante de pago (afiliado voluntario)

El inicio del trámite de solicitud de la prestación, estará a cargo del familiar del afiliado o representante autorizado por el mismo.

En ningún caso la solicitud del Alta de la cobertura de Atención Domiciliaria Integral podrá ser iniciada o firmada por las empresas inscriptas en el Registro Único de Prestadores de Internación Domiciliaria.

La PLANILLA 1 para ser completada por el médico solicitante se podrá bajar de la página web del IOMA o podrá retirarse en la delegación/Región correspondiente.

3.- La **Delegación/Región** luego de verificar la documentación y validar la afiliación, realizará la carga del trámite y lo remitirá al Área de Auditoría regional.

4.- La **Auditoría Regional** validará la matrícula del profesional prescriptor, evaluará la planilla de solicitud del médico prescriptor, y resolverá previa auditoría en terreno si corresponde o no otorgar la prestación, completando la PLANILLA 2 - Evaluación y Propuesta de Atención domiciliaria, donde evaluará el requerimiento médico, modulando acorde al cuadro clínico y otorgando un plazo para la prestación de la cobertura, con firma y sello del Médico, la que deberá ser elevada a la regional correspondiente para la firma del Director Regional.

5.- La **Delegación/Región** elevará la solicitud al Sector de Atención Domiciliaria Integral de la Dirección de Programas Específicos, enviando al mail auditoria@ioma.gba.gov.ar la siguiente documentación escaneada:

- PLANILLA 1 –SOLICITUD de Internación Domiciliaria, firmada por el médico prescriptor de IOMA, con resumen de la Historia clínicas y estudios complementarios en caso de ser requeridos.
- Documentación identificatoria y afiliatoria del paciente.
- PLANILLA 2 - DE EVALUACION Y PROPUESTA de Atención domiciliaria suscripta por el médico auditor regional.

6.- El **Sector de Atención Domiciliaria Integral (ADI)** de la Dirección de Programas Específicos, a través de la **AUDITORIA CENTRAL**, y luego de su evaluación podrá a solicitar a la auditoría regional mayor información en caso de

2017/17



Buenos
Aires
Provincia

necesitarlo, o resolverá su autorización con descripción del módulo otorgado y el período de tiempo, emitiendo la NOTA APTO con firma de la Auditoría Médica Central de IOMA que será enviada por mail a la Delegación para ser entregada al afiliado, junto con el listado de 3 empresas perteneciente a la región del afiliado designada de acuerdo al perfil y capacidad de la misma acreditada al momento del re empadronamiento, y la declaración jurada que deberá completar la empresa.

7.- El Afiliado/Familiar o Responsable Autorizado se contactará con la empresa seleccionada. La misma deberá entregar al IOMA la NOTA APTO firmada en conformidad y la declaración jurada, entregadas oportunamente por el Afiliado.

8.- La Dirección de Programas Específicos emitirá un ACTA con el dictamen de la auditoría médica cuya copia se entregará a la empresa, afiliado y Delegación/Regional según corresponda. La empresa deberá retirar el ACTA en la delegación/Regional correspondiente.

9.- En caso de necesidad de traslados de urgencia y/o emergencia no programada del afiliado, el mismo lo realizara la empresa de ID, atento a los requisitos vigentes para las empresas con convenio con este IOMA. El resto de traslados programados se realizaran según la normativa vigente.

10.- El Sector de Atención Domiciliaria Integral de Programas Específicos y las delegaciones regionales podrán solicitar en cualquier momento a los auditores regionales realicen una evaluación de las prestaciones realizadas por la empresa de Internación domiciliaria, conforme la PLANILLA 3 – Evaluación prestacional, que se adjunta en el Anexo V.

RENOVACION

Acceso de la empresa a la renovación de la cobertura de atención domiciliaria integral del IOMA.

1597/17

1.- Para el caso de una **RENOVACION** del pedido de cobertura de Atención Domiciliaria Integral, deberá solicitarlo la empresa que está prestando el servicio, acompañando la Historia Clínica y en caso de ser necesarios estudios complementarios que acrediten la necesidad de la continuidad del servicio, con treinta (30) días de anticipación al vencimiento del plazo del módulo.

2.- El médico de la empresa deberá completar la **PLANILLA RENOVACION** que se podrá descargar de la página web del IOMA o podrá retirarse en la delegación/Región y presentarla en la **Delegación/Región** que corresponda junto a la Declaración Jurada.

3.- La **Delegación/Región** luego de verificar la documentación y validar la afiliación, realizará la carga del trámite y lo remitirá al Área de Auditoria regional.

4.- La **Auditoria Regional** validará la matricula del profesional prescriptor, evaluará la planilla de solicitud del médico prescriptor, y resolverá previa auditoria en terreno si corresponde o no otorgar la prestación, completando la PLANILLA 2 - Evaluación y Propuesta de Atención domiciliaria, donde evaluará el requerimiento médico, modulando acorde al cuadro clínico y otorgando un plazo para la prestación de la cobertura, con firma y sello del Médico, la que deberá ser elevada a la regional correspondiente para la firma del Director Regional.

5.- La **Delegación/Región** elevará la solicitud al Sector de Atención Domiciliaria Integral de la Dirección de Programas Específicos, enviando al mail auditoria terrenoid@ioma.gba.gov.ar la siguiente documentación escaneada:

- **PLANILLA RENOVACION** de Internación Domiciliaria, firmada por el médico prescriptor de la empresa, con resumen de la Historia clínicas y estudios complementarios en caso de ser requeridos.

- Documentación identificatoria y afiliatoria del paciente.

F 500 3 / 1 7



Buenos
Aires
Provincia

- PLANILLA 2 - DE EVALUACION Y PROPUESTA de Atención domiciliaria suscripta por el médico auditor regional.

-Declaración Jurada en conformidad.

6.- El Sector de Atención Domiciliaria Integral (ADI) de la Dirección de Programas Específicos, a través de la AUDITORIA CENTRAL, y luego de su evaluación podrá solicitar a la auditoria regional mayor información en caso de necesitarlo, o resolverá su autorización con descripción del módulo otorgado y el periodo de tiempo.

7.- La Dirección de Programas Específicos emitirá un ACTA con el dictamen de la auditoría médica cuya copia se entregará a la empresa, afiliado y Delegación/Regional según corresponda. La empresa deberá retirar el ACTA en la delegación/Regional correspondiente.

Responsabilidad del afiliado

- La cobertura de Atención Domiciliaria Integral del IOMA requiere que en el domicilio del paciente estén garantizadas las condiciones mínimas para el buen desenvolvimiento de los profesionales y el buen funcionamiento de la aparatología e insumos que requiere la prestación, tales como condiciones de higiene, suministro de energía, etc.
- La prestación del servicio de Atención Domiciliaria Integral del IOMA requiere de la correcta contención familiar del paciente. Este rol a cargo del familiar o persona a cargo es indelegable en ningún miembro del servicio de Atención Domiciliaria. Asimismo no es viable la prestación del servicio en afiliados que viven solos.

1597/17

- El IOMA no autorizará la cobertura en aquellos domicilios donde no estén dadas las condiciones familiares y de habitabilidad mínimas que garanticen la normal prestación del servicio.
- El IOMA interrumpirá aquella cobertura de Atención Domiciliaria donde se comprueben irregularidades con el paciente o familiares del mismo, que impidan el normal funcionamiento de la prestación.
- Las denuncias del afiliado o familiares acerca de incumplimientos por parte del servicio de Atención Domiciliaria, deberán ser formuladas por escrito y con firma del denunciante.

17/17

**ANEXO V.-
NORMAS DE FACTURACION.**

Requisitos para la presentación de la documentación

A. Toda la documentación deberá encontrarse foliada correlativamente.

B. Factura tipo B ó C, según corresponda, a nombre de IOMA, por triplicado firmada y sellada por el prestador en original los tres (tres) formularios.

- El titular de la factura deberá ser la persona física o jurídica que sea prestador del IOMA

El valor del monto total se facturará discriminado en tres facturas según sean Afiliados Obligatorios, Afiliados Voluntarios Individuales, y Afiliados Voluntarios Colectivos:

- Afiliados Obligatorios: su N de Carnet de IOMA comienza con un número.
- Afiliados Voluntarios Individuales: su N de Carnet comienza con la letra A a la J inclusive.
- Afiliados Voluntarios Colectivos: su N° de Carnet comienza con la letra K a la Z

Contenido de la factura:

- Membrete preimpreso identificador del emisor.
- Domicilio.
- Número de CUIT.
- Factura a nombre, domicilio y datos contables de I.O.M.A
- Concepto general de la prestación brindada
- Cantidad de afiliados que se está facturando
- Período facturado.
- Monto total en números y letras.
- Código del establecimiento.
- Cantidad de folios.

1597/17

C. Resumen mensual de facturación por triplicado, firmado y sellado en original los tres resúmenes. Dicho resumen contendrá: listado de afiliados presentados, con Nombre, Apellido, Nro. de Afiliado, períodos, y montos parciales y totales

Contenido del resumen mensual de facturación:

- Número de pacientes con cobertura
- Nomina de los afiliados facturados en ese mes
- N° de beneficiario de IOMA
- Descripción de los módulos otorgados
- Importe parcial y total por afiliado.

D. Documentación individual: la **Factura B o C a nombre de IOMA y el resumen mensual deberán acompañarse junto con:**

- 1.- HISTORIA CLINICA por cada afiliado.
2. PLANILLA DE ASISTENCIA y CONFORMIDAD por cada paciente, con la correspondiente firma y conformidad del afiliado o familiar en original detallando en forma mensual las prestaciones recibidas por parte de los profesionales actuantes y el copia del DNI del firmante de la planilla de asistencia y conformidad.
3. NOTA APTO / ORDEN DE PRESTACION / ACTA DE AUTORIZACION ORIGINAL emitida por el IOMA: Se presentará para el primer mes del período otorgado, y copias de la misma en los meses subsiguientes.

Plazo de presentación

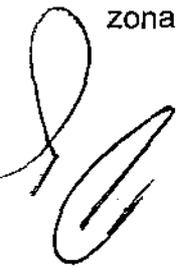
1. La facturación será recepcionada en este IOMA del 01 al 10 de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada.
2. Cada factura contendrá solo un mes determinado de cobertura; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al que se está facturando se incluirán en una factura aparte. El mes de cobertura citado se refiere a MES CALENDARIO, no a mes prestacional.

1597/17

El plazo máximo de vencimiento de presentación de facturación será a los noventa días de efectuada la prestación.

Toda presentación que supere dicho lapso de tiempo, no podrá ser facturada, y será devuelta al prestador.

A los fines operativos de contar desde este IOMA con un mapa actualizado de disponibilidad de servicios de Atención Domiciliaria Integral en la Provincia de Buenos Aires, se solicitará cada cuatro meses junto con la facturación a las empresas contenidas en el Registro de Prestadores, una Declaración Jurada con la zona geográfica donde las mismas brindan cobertura.



L 1597/17

ENFERMERÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

1 a 2 prestaciones por día 2 a 4 prestaciones por día 8 hs día 24 hs día

Justificación (breve, clara y legible):

FONOAUDIOLOGÍA válido para módulo 2, 3 y 4 (seleccione según corresponda con una cruz)

2 sesiones semanales

Justificación (breve, clara y legible):

KINESIOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Hasta 3 sesiones por semana 3 a 5 sesiones por semana (motora y/o respiratoria)
6 a 12 sesiones semanales (motora y/o respiratoria)

Justificación (breve, clara y legible):

MEDICO (seleccione según corresponda con una cruz)

2 visitas por mes 1 por semana 2 visitas por semana

Justificación (breve, clara y legible):

PSICOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Una sesión por semana No necesita

Justificación (breve, clara y legible):

1 2 3 4 5 6 7

EQUIPAMIENTO (seleccione según corresponda con una cruz)Cama ortopédica Colchón-antiescara Silla de ruedas Justificación (breve, clara y legible):

ASISTENCIA RESPIRATORIA (seleccione según corresponda con una cruz)Tubo (T6) (2 recargas)
Concentrador de O2 + Tubo de back up
Equipo de dos presiones en vía aérea con frecuencia de back up (BPAP)
Respirador (equipo, circuito, filtro, cánulas) Justificación (breve, clara y legible):

TERAPIA OCUPACIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)2 sesiones semanales No necesita Justificación (breve, clara y legible):

CUIDADOR DOMICILIARIO (seleccione según corresponda con una cruz)4 horas por día 8 horas por día Justificación (breve, clara y legible):

INDICE DE BARTHEL (grado de dependencia) Total Grave Moderado Leve Independiente **SOPORTE NUTRICIONAL** (seleccione según corresponda con una cruz)A. Con Bomba B. Sin Bomba con sonda nasogástrica Justificación (breve, clara y legible):

1597/17

ESTIMULACION TEMPRANA (Sólo pediátricos) (seleccione según corresponda con una cruz)

Dos sesiones por semana No necesita

Justificación (breve, clara y legible):

INSUMOS TRAQUEOSTOMÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Incluye:

Gasas TOT no tejidas (60 por mes)

Filtros (30 por mes)

Cánulas (2 por mes)

Aspirador Manual de Vacío (1 por internación)

Requiere No requiere

Justificación (breve, clara y legible):

3. INTERNACIÓN DOMICILIARIA - ANEXO III

La presente constituye una Declaración Jurada

Yo, _____ DNI _____

domiciliado en _____

de la ciudad de _____, soy responsable de esta solicitud/renovación del servicio de internación domiciliaria, Programa de Atención Domiciliaria Integral de IOMA, según resolución vigente.

Declaro conocer sus alcances y restricciones, no haber falsificado datos sobre la necesidad de recibir esta prestación de atención domiciliaria para el/la señor/a _____

afiliado N° _____, haciéndome responsable de cumplir con los compromisos asumidos. Declaro asimismo, que la prestación será brindada en conformidad con la empresa _____

IOMA se reserva el derecho de suspender el servicio, modificarlo o iniciar las acciones legales correspondientes, según criterios de auditoría o si se detectaran irregularidades, sancionando según normas vigentes a afiliados y/o terceros.

Además, si el paciente concurre a centros de rehabilitación, hogares de día o debe ser internado en una institución de segundo o tercer nivel y se encuentra bajo la modalidad de internación domiciliaria, deberá realizarse en forma inmediata la denuncia obligatoria ante IOMA, ya que estas prestaciones son incompatibles.



Firma y aclaración
Afiliado/familiar/responsable

Firma y aclaración
Responsable Empresa
prestadora

Firma y aclaración
responsable del IOMA



1597/17



ENFERMERÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

1 a 2 prestaciones por día 2 a 4 prestaciones por día 8 hs día 24 hs día

Justificación (breve, clara y legible):

FONOAUDIOLOGÍA válido para módulo 2, 3 y 4 (seleccione según corresponda con una cruz)

2 sesiones semanales

Justificación (breve, clara y legible):

KINESIOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Hasta 3 sesiones por semana 3 a 5 sesiones por semana (motora y/o respiratoria)

Hasta 12 sesiones semanales (motora y/o respiratoria)

Justificación (breve, clara y legible):

MEDICO (seleccione según corresponda con una cruz)

2 visitas por mes 1 por semana 2 visitas por semana

Justificación (breve, clara y legible):

PSICOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Una sesión por semana No necesita

Justificación (breve, clara y legible):

1597/17

ENFERMERÍA (seleccione según corresponda con una cruz)1 a 2 prestaciones por día 2 a 4 prestaciones por día 8 hs día 24 hs día Justificación (breve, clara y legible):

FONOAUDIOLOGÍA válido para módulo 2, 3 y 4 (seleccione según corresponda con una cruz)2 sesiones semanales Justificación (breve, clara y legible):

KINESIOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)Hasta 3 sesiones por semana 3 a 5 sesiones por semana (motora y/o respirato)6 a 12 sesiones semanales (motora y/o respirato)Justificación (breve, clara y legible):

MEDICO (seleccione según corresponda con una cruz)2 visitas por mes 1 por semana 2 visitas por semana Justificación (breve, clara y legible):

PSICOLOGÍA (seleccione según corresponda con una cruz)Una sesión por semana No necesita Justificación (breve, clara y legible):



Buenos
Aires
Provincia

SOPORTE NUTRICIONAL (seleccione según corresponda con una cruz)

B. Con Bomba B. Sin Bomba con sonda nasogástrica

Justificación (breve, clara y legible):

ESTIMULACION TEMPRANA (Sólo pediátricos) (seleccione según corresponda con una cruz)

Dos sesiones por semana No necesita

Justificación (breve, clara y legible):

INSUMOS TRAQUEOSTOMÍA (seleccione según corresponda con una cruz)

Incluye:

Gasas TQT no tejidas (60 por mes)

Filtros (30 por mes)

Cánulas (2 por mes)

Aspirador Manual de Vacío (1 por internación)

Requiere No requiere

Justificación (breve, clara y legible):

1597/17