

Cartilla de Prestaciones

**MINISTERIO DE JUSTICIA
Y DERECHOS HUMANOS**



**DIRECCIÓN PROVINCIAL
DE ACCIÓN SOCIAL
PENITENCIARIA**

**MINISTERIO DE JUSTICIA Y
DERECHOS HUMANOS**



**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES**



Autoridades

Gobernador de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Axel Kicillof

Ministro de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Julio Alak

Subsecretario de Política Penitenciaria

Dr. José Gervasio González Hueso

Presidente de la Dirección Provincial de Acción Social Penitenciaria

Lic. Jesús Del Giorgio

Vicepresidente de la Dirección Provincial de Acción Social Penitenciaria

Dr. Xavier Areses

Directores Asesores Consultivos

Sr. Carlos Alberto Trinchin

Sr. Carlos Alberto Scheffer

Sr. Roberto Alejandro Alvarez

Sr. Hector Claudio Maciel

Sra. Nazarena Oroz

Edición 2021

A.

Afiliaciones

- 01. AFILIADO OBLIGATORIO / pág. 08
- 02. AFILIADO VOLUNTARIO / pág. 08
- 03. AFILIADOS A CARGO DEL TITULAR / págs. 08-09
- 04. PODERES / pág. 09

B.

Prestaciones Sociales

3

01. ALOJAMIENTO

Por razones de salud / pág. 11

02. AYUDA ESCOLAR

Para hijos del personal que sufriera heridas graves o gravísimas en acto de servicio / pág. 12

03. AYUDA SOCIAL

Para afiliados con jubilación por incapacidad o pensión en trámite / pág. 12

04. FINANCIACIÓN ODONTOLÓGICA / pág. 12

05. PRÉSTAMO

5.1 Para refacción de vivienda por cuestiones de salud / pág. 13

5.2 Por cuestiones de salud / pág. 13

06. SUBSIDIOS

6.1 Por incendio o siniestro / pág. 14

6.2 Por heridas graves o gravísimas sufridas en actos de servicio / pág. 14

6.3 Por internación clínica / pág. 14

6.4 Por internación para intervención quirúrgica / pág. 14

6.5 Por canasta de alimentos para celíacos / pág. 15

6.6 Por fallecimiento / pág. 15

- 6. 7 Reintegro por gastos de sepelio / [pág. 15](#)
- 6. 8 Beneficio por luto / [pág. 15](#)
- 6. 9 Por fallecimiento del cónyuge o conviviente a cargo / [pág. 16](#)
- 6. 10 Por fallecimiento de hijo/a antes de nacer (Nasciturus) / [pág. 16](#)
- 6. 11 Por fallecimiento de hijo/a a cargo / [pág. 16](#)
- 6. 12 Por fallecimiento menor a cargo (no hijo/a) / [pág. 16](#)
- 6. 13 Por fallecimiento de padre/madre a cargo / [pág. 17](#)

07. NACIMIENTO / [pág. 17](#)

08. TURISMO

- 8. 1 Viaje por 50 años en la Institución / [pág. 17](#)
- 8. 2 Viaje de recuperación de heridos en actos de servicio / [pág. 17](#)
- 8. 3 Viaje de retirados o jubilados / [pág. 18](#)
- 8. 4 Viaje de bodas / [pág. 18](#)
- 8. 5 Solicitud del valor de viaje de bodas / [pág. 18](#)
- 8. 6 Viaje de placer / [pág. 19](#)
- 8. 7 Financiación / [pág. 19](#)

4

C.

Prestaciones Médicas

01. ANÁLISIS CLÍNICOS

Análisis clínicos / [pág. 21](#)

02. BONOS

- 2. 1 Bioquímico / [pág. 21](#)
- 2. 2 Fonoaudiológico / [pág. 21](#)
- 2. 3 Odontológico / [pág. 21](#)
- 2. 4 Kinesiológico / [pág. 21](#)

03. CIRUGÍA GENERAL

Honorario anestesista/ médico quirúrgico / [pág. 22](#)

04. CONSULTAS MÉDICAS

- 7. 1 Pacientes oncológicos o personas con discapacidad / [pág. 22](#)
- 7. 2 Profesional no adherido al IOMA / [pág. 22](#)

05. ENFERMERÍA

- 5.1 Domiciliaria y auxiliar permanente / pág. 22
- 5.2 Práctica domiciliaria no permanente / pág. 23

06. FONOAUDIOLÓGÍA

- 6.1 Audiometría y logaudiometría tonal en niños y adultos / pág. 23
- 6.2 Impedanciometría y timpanometría / pág. 23
- 6.3 Otoemisiones acústicas / pág. 24
- 6.4 Pruebas supraliminales / pág. 24
- 6.5 Selección de otoamplifonos / pág. 24
- 6.6 Webermetría / pág. 24
- 6.7 Sesiones de fonaudiología no reconocidas por el IOMA / pág. 24

07. INTERNACIÓN GERIÁTRICA / pág. 24

08. KINESIOLOGÍA

- 8.1 Ozonoterapia/ Osteopatía / pág. 25
- 8.2 Laserterapia y Magnetoterapia / pág. 25

09. MATERIALES PARA PRÁCTICAS AMBULATORIAS / pág. 26

- 9.1 Materiales descartables / pág. 26
- 9.2 Tiras reactivas y lancetas / pág. 26

10. MEDICAMENTOS

- 10.1 Con cobertura de IOMA / pág. 26
- 10.2 Sin cobertura de IOMA / pág. 27
- 10.3 Para inmunoterapia / pág. 27

11. NEBULIZADOR / VAPORIZADOR / pág. 27

12. NUTRICIÓN / pág. 27

13. ODONTOLOGÍA / pág. 28

- 13.1 Prótesis a mayores de 60 años / pág. 28
- 13.2 Ortopedia / pág. 28
- 13.3 Ortodoncia menores de 15 años / pág. 28
- 13.4 Ortodoncia mayores de 15 años / pag. 29
- 13.5 Controles de ortodoncia / ortopedia / pág. 29
- 13.6 Tratamiento periodontal / pág. 29
- 13.7 Radiografías extraorales / pág. 29
- 13.8 Tomografías dentales / pág. 29
- 13.9 Prótesis y prácticas no contempladas en el nomenclador de IOMA / pág. 30
- 13.10 Placa para bruxismo / pág. 30
- 13.11 Reintegro de Copago / pág. 30
- 13.12 Implantes / pág. 30

14. OFTALMOLOGÍA

- 14. 1 Beneficio de ópticas / pág. 31
- 14. 2 Lentes aéreos con cobertura parcial de IOMA / pág. 31
- 14. 3 Lentes aéreos no cubiertos por IOMA / pág. 31
- 14. 4 Lentes de contacto cubiertos por IOMA / pág. 31
- 14. 5 Lentes de contacto y descartable no cubiertas por IOMA / pág. 31
- 14. 6 Cirugía con excimer láser / pág. 32
- 14. 7 Topografía corneal y paquimetría / pág. 32

15. ORTOPEDIA

- 15. 1 Calzado ortopédico / pág. 32
- 15. 2 Cama ortopédica / pág. 32
- 15. 3 Cuello ortopédico / pág. 32
- 15. 4 Corset ballenado / pág. 33
- 15. 5 Elementos ortopédicos / pág. 33
- 15. 6 Férula / pág. 33
- 15. 7 Plantillas ortopédicas / pág. 33
- 15. 8 Pañales descartables / pág. 33
- 15. 9 Ponchito abductor (Arnés de Paulik)/ pág. 34
- 15. 10 Bota Walker / pág. 34
- 15. 11 Andador con asiento / pág. 34
- 15. 12 Colchones de agua, almohadones de siliconas, adaptador de inodoro / pág. 34
- 15. 13 Muletas, trípodes, bastones canadienses / pág. 34
- 15. 14 Sillas de rueda / pág. 35

6

16. OTORRINOLARINGOLOGÍA

- 16. 1 Audífonos / pág. 35
- 16. 2 Calibración implante coclear / pág. 35
- 16. 3 Kit anticerum / pág. 35
- 16. 4 Limpieza y lubricación de audífonos / pág. 35
- 16. 5 Pilas para audífonos / pág. 36
- 16. 6 Reparación de moldes otoamplifonos / pág. 36
- 16. 7 Moldes siliconados para audífonos / pág. 36

17. PRÁCTICAS MÉDICAS CON COBERTURA DE IOMA/ pág. 36

18. PRÁCTICAS Y ESTUDIOS NO CUBIERTOS POR IOMA

- 18. 1 Ecografía / pág. 36
- 18. 2 Sustancia de contraste / pág. 37
- 18. 3 Estudios / pág. 37

19. PSICOLOGÍA

- 19. 1 Psicoterapia con cobertura de IOMA / pág. 37
- 19. 2 Psicoterapia sin cobertura de IOMA / pág. 37
- 19. 3 Módulos de evaluación clínica neurocognitiva y psicodiagnóstico clínico y neurocognitivo con profesional adherido al IOMA / pág. 38



20. PSICOPEDAGOGÍA / pág. 38

21. PSIQUIATRÍA / pág. 39

22. REHABILITACIÓN

22. 1 Hidroterapia y gimnasia correctiva / pág. 39

22. 2 Cardíaca / pág. 39

23. SUBSIDIO DE GASTOS DE COMBUSTIBLE Y PEAJES POR CUESTIONES DE SALUD / pág. 40

24. REINTEGRO DE ALIMENTOS POR CUESTIONES DE SALUD / pág. 40

25. SERVICIOS PARA PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES

25. 1 Equinoterapia y musicoterapia / pág. 40

25. 2 Hidroterapia y gimnasia correctiva / pág. 41

25. 3 Centro de día y hogares / pág. 41

25. 4 Transporte escolar sin cobertura de IOMA / pág. 41

25. 5 Traslados a centros especializados (autos de alquiler) / pág. 41

25. 6 Matrícula escuela especial / pág. 42

25. 7 Escuela especial / pág. 42

25. 8 Matrícula escuela común/ pág. 42

25. 9 Escuela común / pág. 42

26. TRASLADOS EN AMBULANCIA

26. 1 Traslados programados en ambulancia / pág. 42

26.2 Reintegro de traslados efectuados / pág. 43

27. TERAPIAS

27. 1 Ocupacional / pág. 43

27. 2 Acompañante terapéutico / cuidador domiciliario / pág. 43

28. VACUNACIÓN / pág. 44

Afiliaciones

La Dirección Provincial de Acción Social reconoce como afiliados a todo el personal del Servicio Penitenciario Bonaerense en actividad, agentes retirados, jubilados, deudos con derecho a pensión, como así también a su grupo familiar a cargo.

8

DOCUMENTACIÓN BÁSICA

//DNI y Carnet de IOMA del afiliado titular y del grupo familiar.

Documentación que acredite el vínculo pertinente (Certificado de Nacimiento, Acta de Matrimonio, Certificado de Unión Convivencial o Información Sumaria Judicial actualizada) y CUD si correspondiere.

//Último recibo de haberes del titular.

//Constitución de domicilio electrónico.

01.

AFILIADO OBLIGATORIO

Es todo el Personal en actividad del Servicio Penitenciario Bonaerense.

02.

AFILIADO VOLUNTARIO

Es todo el personal retirado, jubilado y/o deudos con derecho a pensión que manifiesten su voluntad de afiliarse de acuerdo a los requisitos que se establezcan.

RETIRADOS, JUBILADOS Y PENSIONADOS

La afiliación será voluntaria, con un plazo preteritorio de 180 días a contarse desde la fecha de cese de actividad o inicio del trámite pensionario para que los interesados manifiesten su voluntad de afiliarse a esta Dirección Provincial.

REAFILIACIÓN O AFILIACIÓN TARDÍA

Los agentes que se hubieren dado de baja de este Coseguro o que nunca hubiesen estado afiliados al mismo podrán solicitar, por única vez, la REAFILIACIÓN O AFILIACIÓN TARDÍA, según el caso, la que será dispuesta por el Honorable Directorio, estableciendo un periodo de carencia de noventa (90) días a contar desde la fecha de efectivización del acto administrativo que a tal efecto se dicte.

03.

AFILIADOS A CARGO DEL TITULAR

1. Hijos menores de 21 años a cargo del titular.

2. Cónyuge o conviviente a cargo del titular en el IOMA o afiliado obligatorio a esa Obra Social Primaria.

Para el caso de convivientes deberá acreditarlo mediante certificado de unión convivencial o mediante Información sumaria judicial, acreditando su afiliación al IOMA a cargo del titular o como afiliado OBLIGATORIO a la obra social primaria.

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Certificado de matrimonio.
- Certificado de unión convivencial o información sumaria judicial actualizada.
- EN NINGÚN CASO CORRESPONDE LA INCORPORACIÓN A CARGO DEL TITULAR EN ESTE COSEGURO, DE UN FAMILIAR CUYA AFILIACIÓN AL IOMA SEA VOLUNTARIA.

3. Hijos estudiantes mayores de 21 años.

Los hijos de los afiliados, que cumplidos los 21 años de edad continúen con sus estudios, sean estos secundarios, terciarios o universitarios se reconocerán hasta tanto lo haga el IOMA.

4. Hijos con discapacidad mayores de 21 años.

Corresponde en este caso a los hijos de los afiliados al Coseguro mayores de 21 años, que padecen algún tipo de discapacidad motivo por el cual no pueden procurarse recursos propios, a cargo del titular en el IOMA o con IOMA propio derivado de una pensión por discapacidad.

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Copia del certificado de discapacidad (CUD) que se encuentre vigente.

5. Menores de 18 años.

Se considera a aquellos menores de 18 años que se encuentran bajo la guarda judicial de un afiliado a este Coseguro. La cobertura se mantendrá hasta cumplidos los 18 años de edad. En caso de que pasados los 18 años y continuara estudiando se ampliará la cobertura por

el tiempo que lo haga el IOMA.

AFILIACIÓN AL IOMA: SIEMPRE A CARGO DEL TITULAR

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Copia de la guarda judicial o tutela, según corresponda.
- Estudiantes: certificado de estudios.
- Personas con discapacidad: certificado de discapacidad (CUD) en caso de corresponder.

6. Padres a cargo.

El afiliado titular podrá solicitar la incorporación de sus padres a este Coseguro cuando se demuestre fehacientemente que se encuentran a su cargo, careciendo de recursos propios y que no se encuentran sujetos a otro régimen asistencial obligatorio, siendo su afiliación al IOMA a cargo del titular.

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- INFORMACIÓN SUMARIA JUDICIAL.
- CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE ANSES E IPS.

9

04. PODERES

PODER: Se realiza a favor de un tercero mayor de 18 años, a los efectos de que el mismo gestione los trámites ante este Coseguro. El poder se efectuará ante la sede central o delegaciones pertinentes suscribiendo el formulario correspondiente del titular y su representante en presencia del delegado o personal de afiliaciones, quienes certificarán lo actuado. No podrán extenderse más de tres autorizaciones para tramitar a un mismo representante.

Los poderes conservarán su vigencia hasta su revocación, la cual deberá ser fehaciente ante el personal de afiliaciones o en presencia del delegado que corresponda.

A su vez pueden darse los siguientes supuestos:

- 1) Que el afiliado titular se encuentre imposibilitado por cuestiones de salud, y en este caso

se presenta la persona autorizada con certificado médico que acredite la dolencia ante el delegado o personal de afiliaciones, procediéndose a completar el formulario de solicitud de autorización para tramitar.

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Certificado médico que acredite la dolencia.

2) Que se presente apoderado con poder otorgado ante escribano público (especial o general).

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Copia del poder y DNI del apoderado.

3) Por representación de hijos menores y en carácter de ex cónyuge, separado de hecho o divorciado: podrá concederse la representación a él/la cónyuge separada de hecho o divorciado, para sí y para sus hijos a cargo del titular en el Coseguro con la autorización escrita del titular. Dicha solicitud tramitará por la vía de excepción, a consideración del Honorable Directorio, quien para el supuesto de concederla deberá establecer el plazo de vigencia de la misma y en su caso autorización para percibir.

ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN BÁSICA

4) En caso que existiera sentencia judicial por alimentos la solicitud de representación podrá ser efectuada por él/la cónyuge separada de hecho o divorciada. Si la cuota de alimentos corresponde a él/ella y a sus hijos, la representación se otorgará para todos los mencionados en la resolución que así lo dispone. Si los alimentos fuesen exclusivamente fijados en favor de los hijos, se otorgará la representación a su madre, pero ésta no podrá hacer uso de los beneficios sociales para sí. Dicha solicitud tramitará por la vía de excepción, a consideración del Honorable Directorio, quien para el supuesto de concederla deberá establecer el plazo de vigencia de la misma, y en su caso autorización para percibir.

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Copia de sentencia judicial por alimentos.

5) En caso que no existiere ningún vínculo entre el afiliado titular y el cónyuge (separado) se deberá efectuar la solicitud de representación por él/la ex cónyuge mediante declaración jurada donde se expresen las circunstancias y particularidades por la cual se requiere la representación. Dicha solicitud tramitará por la vía de excepción, a consideración del Honorable Directorio, quien para el supuesto de concederla deberá establecer el plazo de vigencia de la misma y en su caso autorización para percibir.

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Declaración jurada y en su caso copia de la sentencia judicial por alimentos.

6) Curatela: En este caso el representante será el curador designado judicialmente.

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Sentencia y DNI del curador.

7) Tutela: La representación de pensionados menores de edad, será ejercida por el tutor natural o designado judicialmente, hasta que cumpla la mayoría de edad o indefinidamente en caso de ser persona con discapacidad.

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Sentencia y DNI del tutor.

8) Si el titular se encontrara detenido, en disponibilidad se podrá extender poder para tramitar mensualmente.

ADJUNTAR A DOCUMENTACIÓN BÁSICA

- Orden o constancia de detención, resolución de pase a disponibilidad, DNI del representante.

Prestaciones Sociales

Los subsidios y beneficios sociales proporcionados a los afiliados de la Dirección Provincial de Acción Social son de apoyo adicional en acontecimientos extraordinarios que pueden convertirse en necesidades básicas o de placer.

DOCUMENTACIÓN BÁSICA

//Nota solicitud del afiliado donde manifieste claramente su petición.

//DNI y Carnet de IOMA del afiliado titular y del grupo familiar.

//Último recibo de sueldo del titular.

//CBU (cuando correspondiere).

//Domicilio electrónico.

01. ALOJAMIENTO POR RAZONES DE SALUD

Trámite Ordinario no inmediato
Cobertura/ Reintegro

Dicho beneficio será gestionado vía reintegro, según monto establecido por la DPAS o bien mediante cobertura dependiendo de la zona y disponibilidad, en este último caso deberá solicitarse con un plazo mínimo de 7 días. La cobertura es temporal, por día y hasta un acompañante. Se otorgará por un plazo máximo de hasta 30 días corridos renovable por igual período a solicitud del requirente, la que deberá efectuarse con una antelación de 7 días contados desde la finalización del plazo original. En caso de dejar el alojamiento el beneficiario deberá dar aviso inmediato al coseguro. El reintegro se efectuará por igual plazo. En caso de requerir mayor tiempo al estipulado, la solicitud deberá ser gestionada por vía de excepción y con una antelación de 15 días de finalizado el plazo otorgado.

Requisitos

- Documentación básica.
- Solicitud personal de cobertura de alojamiento.
- Ficha – formulario tipo.
- Derivación médica con indicación de tiempo estimado de tratamiento o intervención que amerite el alojamiento.
- Estudios complementarios.
- Historia clínica.
- Constancia de turno otorgado (en caso de corresponder).
- Alta médica cuando correspondiere.
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP para el caso de reintegro.

• Documentación que acredite vínculo para el caso que no sea el titular.

02.

AYUDA ESCOLAR PARA HIJOS DEL PERSONAL QUE SUFRIERA HERIDAS GRAVES O GRAVÍSIMAS EN ACTO DE SERVICIO

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Se otorga a los hijos que posean entre 3 y 18 años de edad inclusive y que concurran a establecimientos educacionales de nivel preescolar, escuela básica superior y secundario. Según monto establecido por la DPAS.

12

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia resolución de sumario.
- Informe ambiental.
- Fotocopia de certificado de defunción autenticado (en caso de fallecimiento del titular).
- Certificado de nacimiento del/ los hijos.
- Certificado de alumno regular.

03.

AYUDA SOCIAL PARA AFILIADOS CON JUBILACIÓN POR INCAPACIDAD O PENSIÓN EN TRÁMITE

Trámite vía de excepción Cobertura

Ayuda social mensual sujeta a devolución para afiliados / deudos que habiendo iniciado trá-

mite jubilatorio por incapacidad o pensión por fallecimiento del afiliado titular, tengan una demora mayor a tres meses en la concesión del beneficio en el IPS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Constancia del Inicio del trámite jubilatorio/ pensión en el IPS.
- En el caso de pensiones, suscribir declaración jurada dando cuenta que no existen otros posibles beneficiarios y constancia de la documentación que acredite el vínculo con el fallecido.
- El garante deberá tener una antigüedad mínima de dos años y deberá presentar: último recibo de haberes (debiendo poseer disponibilidad de haberes para afectar, tanto al momento de solicitud como al momento de otorgamiento) y certificado de revista o resolución de retiro (según corresponda) Fotocopia de DNI.
- Informe de entrevista.

04.

FINANCIACIÓN ODONTOLÓGICA

Trámite vía de excepción Cobertura

Se otorgará al afiliado y/o su grupo familiar a cargo.

Requisitos

- Documentación básica.
- Nota de solicitud.
- Historia clínica completa (enfermedades precedentes y actuales, medicación, etc).
- Odontograma completo del paciente a tratar.
- Datos filiatorios del afiliado y beneficiario.
- Diagnóstico clínico integral.
- Plan de tratamiento.
- Presentación de radiografías digitalizadas preoperatorias según el tratamiento a realizar

- Presentación de fotografías intraorales de maxilar superior e inferior (arcadas completas).
- Ficha odontológica e importe a financiar.
- Certificado de revista (deberá contar con un año como mínimo de antigüedad) o resolución de retiro (según corresponda).
- Último recibo de haberes (deberá poseer disponibilidad de haberes para afectar al momento de solicitud y al momento de su otorgamiento).
- El garante deberá tener una antigüedad mínima de dos años y deberá presentar: último recibo de haberes (debiendo poseer disponibilidad de haberes para afectar, tanto al momento de solicitud como al momento de otorgamiento) y certificado de revista o resolución de retiro (según corresponda) Fotocopia de DNI.

05. PRÉSTAMO

5.1 Para refacción de vivienda por cuestiones de salud.

Trámite vía de excepción Cobertura

Se otorgará al afiliado y/o su grupo familiar a cargo.

Requisitos

- Documentación básica.
- Nota de solicitud.
- Historia clínica de donde surja la enfermedad y/o discapacidad que esté vinculada a la necesidad de la reforma de la vivienda.
- Certificado de discapacidad (si correspondiere).
- Título de propiedad de la vivienda o boleto de compra venta.
- Tres presupuestos originales.
- Adjuntar fotografías.
- Se realizará un informe ambiental.

- Certificado de revista (deberá contar con un año como mínimo de antigüedad) o resolución de retiro (según corresponda), último recibo de haberes (deberá poseer disponibilidad de haberes para afectar, tanto al momento de solicitud como al momento del otorgamiento). El garante deberá tener una antigüedad mínima de dos años y deberá presentar: último recibo de haberes (debiendo poseer disponibilidad de haberes para afectar, tanto al momento de solicitud como al momento de otorgamiento) y certificado de revista o resolución de retiro (según corresponda). Fotocopia DNI. Para refacciones que superen los cien mil pesos (\$ 100.000) se requerirá informe de arquitecto, que deberá acompañar el afiliado.

5.2 Por cuestiones de salud.

Trámite vía de excepción Cobertura

Se otorgará al afiliado y/o su grupo familiar a cargo.

Requisitos

- Documentación básica.
- Nota de solicitud.
- Historia clínica que acredite la dolencia.
- Presupuesto que avale los gastos ocasionados o a realizar.
- Constancia de no cobertura de IOMA o porcentaje de cobertura.
- Certificado de revista (deberá contar con un año como mínimo de antigüedad) o resolución de retiro (según corresponda), último recibo de haberes (deberá poseer disponibilidad de haberes para afectar, tanto al momento de la solicitud como al momento del otorgamiento). El garante deberá tener una antigüedad mínima de dos años y deberá presentar: último recibo de haberes (debiendo poseer disponibilidad de haberes para afectar tanto al momento de solicitud como al momento del otorgamiento) y certificado de revista o resolución de retiro (según corresponda). Fotocopia de DNI.

06. SUBSIDIOS

6.1 Por Incendio o Siniestro (cobertura ante temporal con lluvias, vientos, granizo, inundaciones, etc.)

Trámite vía de excepción Cobertura

El plazo perentorio para la presentación de la solicitud es de treinta (30) días corridos, contados a partir de la producción del hecho siniestral. Se otorga por única vez por cada grupo familiar.

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

14

- Documentación básica.
- Fotografías del hecho.
- Informe socio ambiental (se efectuará en sede central o en la delegación que corresponda por jurisdicción).
- Certificación de dos testigos que den cuenta que el afiliado habita en la vivienda siniestrada.
- Fotocopia de DNI de los dos testigos.
- Fotocopia de escritura o boleto de compraventa o contrato de alquiler.
- Constancia de domicilio.
- Factura de servicio.
- Denuncia original efectuada en Defensa Civil o Bomberos.

6.2 Por heridas graves o gravísimas sufridas en actos de servicio.

Trámite vía de excepción Cobertura

Se otorga por única vez al personal que sufra heridas graves o gravísimas en actos de servicio o a los sucesores del agente que hubiere fallecido por acto de servicio.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de la resolución del sumario administrativo instruido.

Se podrá solicitar en el plazo de un (1) año contado a partir del dictado de dicha resolución.

- Informe ambiental.
- Informe médico con carácter de las heridas o de la junta médica superior según corresponda.

En caso de haber iniciado el trámite ante el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos para percibir el beneficio deberá adjuntar constancia correspondiente. Se exceptúan autolesiones, heridas o fallecimiento producidos por actuar en forma negligente.

Según monto establecido por la DPAS.

6.3 Por Internación clínica

Trámite ordinario no inmediato. Cobertura

El afiliado o familiar a cargo que sea internado por un plazo mínimo de 24 hs., podrá solicitar el subsidio por hasta un máximo de tres (3) días de internación.

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica
- Epicrisis que detalle fecha de ingreso y egreso del nosocomio.
- Certificado de la clínica que detalle diagnóstico y cantidad de días de internación.

6.4 Por internación para intervención quirúrgica

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

El afiliado o familiar a cargo que sea sometido a una intervención quirúrgica podrá solicitar el subsidio por hasta un máximo de diez (10) días de internación.

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Protocolo quirúrgico.
- Epicrisis o certificado de la clínica que detalle diagnóstico y cantidad de días de internación.

6.5 Por canasta de alimentos para celíacos

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Por mes sobre el monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica
- Historia clínica con certificación de diagnóstico.
- Biopsia.
- Para renovación adjuntar disposición anterior (para renovación no se solicitará la biopsia).

6.6 Por fallecimiento

Trámite ordinario no inmediato (Servicio Básico)

Por convenio suscripto con la Federación Argentina de Asociaciones Funerarias de la República Argentina (FADAF) mediante el cual toda empresa fúnebre integrante de su Red de Prestadores en todo el país, puede brindar a requerimiento del afiliado titular o sus deudos, durante las 24 hs. y todos los días del año, un servicio de sepelio. El servicio puede ser mejorado a costa del requirente.

En caso de fallecimiento de un familiar a cargo se requiere la constatación del vínculo a través de acta, certificado o libreta de familia para realizar la gestión ante la prestadora del servicio fúnebre.

6.7 Reintegro por gastos de sepelio

Trámite ordinario no inmediato (Servicio Básico)

Requisitos

- Documentación básica.
- Copia del certificado de defunción con legalización por el Registro de las Personas o certificada por Juez de Paz, Registro Público de Comercio o escribano público.
- Factura original de gastos con detalle del servicio, sello de pagado, datos del pagador y certificación de firma ante banco, escribano o juez de paz.
- Copia de DNI de la persona que abonó el servicio.

6.8 Beneficio por luto

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Destinados a cubrir gastos no incluidos en el ítem anterior (tasas municipales, cremaciones etc.) y/o aquellos que consideren necesarios los deudos.

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Copia del certificado de defunción con legalización por el Registro de las Personas o certificada por juez de paz, Registro Público de Comercio o escribano público.
- **Al cónyuge:** Siempre que conviviere: copia actualizada, legalizada o certificada del acta de matrimonio por el Registro Provincial de las Personas, post mortem.
- **Al conviviente:** Certificado de Unión Convivencial expedido por el registro de las personas o Información Sumaria Judicial actualizada, la que no podrá ser post mortem.
- **A los hijos:** (Si no tuviere cónyuge o conviviente): copia actualizada, legalizada o certificada por el Registro de las Personas del acta de nacimiento.

- **A los padres:** (Si no tuviese cónyuge, conviviente o descendencia): copia certificada del acta de nacimiento y del acta de defunción legalizada o certificada en caso de corresponder.
- Declaración jurada con dos testigos no familiares mayores de edad (se efectuará en la sede central o en la delegación correspondiente). Quedará exceptuado de este requisito los subsidios de fallecimiento por hijos, nasciturus y menores a cargo.
- Fotocopia de DNI de los testigos.

6.9 Por fallecimiento del cónyuge o conviviente a cargo

Trámite ordinario no inmediato

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Copia del certificado de defunción con legalización por el Registro de las Personas o certificada por juez de paz, Registro Público de Comercio o escribano público.
- Copia actualizada, legalizada o certificada del acta de matrimonio por el Registro Provincial de las Personas post mortem o Certificado de Unión Convivencial, expedido por el Registro de las Personas o Información Sumaria Judicial actualizada, la que no podrá ser post mortem, según correspondiere.
- Declaración jurada con dos testigos no familiares (se efectúa en la delegación correspondiente), respecto de la situación declarada por el solicitante.
- Fotocopia de DNI de los testigos.

6.10 Por fallecimiento de hijo/a antes de nacer (Nasciturus)

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Según monto establecido por la DPAS. Comprendidos a partir de los 6 meses de gestación hasta antes del nacimiento.

Requisitos

- Documentación básica.
- Factura original de gastos con detalle del servicio, sello de pagado, datos del pagador y certificación de firma ante banco, escribano o juez de paz.
- Certificado médico con tiempo de gestación.
- Copia del certificado de defunción con legalización por el Registro de las Personas o certificada por juez de paz, Registro Público de Comercio o escribano público.

6.11 Por fallecimiento de hijo/a a cargo

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Según monto establecido por la DPAS.

Se otorgará el beneficio mientras los mismos se encuentren afiliados a este Coseguro, con excepción de aquellos que presenten discapacidad (acreditada mediante CUD), no existiendo límite de edad en estas situaciones.

Requisitos

- Documentación básica.
- Copia del certificado de defunción con legalización por el Registro de las Personas o certificada por juez de paz, Registro Público de Comercio o escribano público.

6.12 Por fallecimiento menor a cargo (no hijo/a)

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Según monto establecido por la DPAS. Comprende a menores a cargo afiliados a esta Dirección Provincial hasta los 18 años de edad (sin límite de edad en caso de personas con discapacidad).

Requisitos

- Documentación básica.
- Copia del certificado de defunción con legalización por el Registro de las Personas o certificada por juez de paz, Registro Público de Comercio o escribano público.
- Certificación de menor a cargo emitida por la sección afiliaciones.
- Sentencia de guarda judicial, si correspondiere.

6.13 Por fallecimiento de padre/madre a cargo

Trámite ordinario no inmediato

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Certificado de padres a cargo emitida por la sección de afiliaciones.
- Copia del certificado de defunción con legalización por el Registro de las Personas o certificada por juez de paz, Registro Público de Comercio o escribano público.
- Carnet de IOMA del padre/madre a cargo.
- Copia actualizada, legalizada o certificada del acta de nacimiento.

07. NACIMIENTO

Trámite ordinario Cobertura

Se podrá solicitar el beneficio en el plazo de un (1) año desde el nacimiento con vida. En el caso en que ambos padres fueran afiliados se le abonará al progenitor que tuviera a cargo al recién nacido en el Coseguro. Para nacimientos múltiples (mellizos, gemelos, etc.) el beneficio será otorgado por cada uno de sus hijos.

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica del titular y del hijo.
- Copia de acta o certificado de nacimiento

08. TURISMO

DOCUMENTACIÓN BÁSICA TURISMO

- Último recibo de sueldo.
- DNI del afiliado titular y acompañantes.
- CBU.
- Copia de certificado de revista (si estuviere en actividad) o resolución de retiro (si estuviere retirado).
- Constitución de domicilio electrónico para notificaciones.

17

RESERVA CON DOS MESES DE ANTICIPACIÓN

8.1 Viaje por 50 años en la Institución

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

- Incluye siete (7) noches de alojamiento para dos (2) personas con media pensión en hotel a elegir entre las opciones que se ofrecen.
 - Dos (2) pasajes terrestres ida y vuelta en servicio ejecutivo o reintegro del costo de los mismos (equivalente al monto del bus).
- Beneficio que se otorga por única vez, sin fecha de vencimiento.

8.2 Viaje de recuperación de heridos en actos de servicio

Trámite ordinario no inmediato

Para efectivos que hayan sufrido lesiones y que hayan sido declaradas imputables al servicio y cuya recuperación demande más de

treinta (30) días.

Cobertura

- Incluye siete (7) noches para dos (2) personas con media pensión en hotel a elegir entre las opciones que se ofrecen.
- Pasajes terrestres ida y vuelta para el afiliado titular y su acompañante, en servicio ejecutivo o reintegro del costo de los mismos (equivalente al monto del bus).
- Excursión a designar.

Requisitos

- Documentación básica turismo.
- Fotocopia de la resolución del sumario administrativo instruido. Se podrá solicitar en el plazo de un (1) año contado a partir del dictado de dicha resolución.
- Certificado médico que indica aptitud física y psíquica.

18

8.3 Viaje de retirados o jubilados

Trámite ordinario no inmediato

Es un beneficio que se otorga por única vez sin fecha de vencimiento.

Cobertura

- Incluye siete (7) noches de alojamiento para dos (2) personas con media pensión en hotel a elegir entre las opciones que se ofrecen.
- Dos (2) pasajes terrestres ida y vuelta en servicio ejecutivo o reintegro del costo de los mismos (equivalente al monto del bus).
- Excursión a designar.

Requisitos

- Documentación básica turismo.
- Copia de resolución de retiro o certificado de revista.

8.4 Viaje de bodas

Trámite ordinario no inmediato

Plazo de utilización: un (1) año desde la fecha de la celebración del matrimonio.

Cobertura

- Incluye siete (7) noches para dos (2) personas con media pensión en hoteles en el destino que elija el afiliado dentro de las opciones que se ofrecen.
- Dos (2) pasajes terrestres ida y vuelta en servicio ejecutivo, o reintegro del costo de los mismos (equivalente al monto del bus).
- Excursión a designar.

Requisitos

- Documentación básica turismo.
- Copia de acta o certificado de matrimonio (se otorgan 30 días de plazo para su presentación, copia del turno otorgado por el registro civil, acompañando posteriormente acta original).
- Copia de DNI del acompañante.
- En caso que ambos contrayentes pertenezcan al Servicio Penitenciario se otorgará pensión completa, la cual se abonará en efectivo al regreso del viaje. Ambos deben presentar recibo de sueldo y certificados de revista.

8.5 Solicitud del valor de viaje de bodas

Cobertura

Plazo de solicitud: un (1) año desde la fecha de la celebración del matrimonio.
En caso de no utilizar el viaje de bodas podrá solicitar su equivalente en dinero por única vez.

Requisitos

- Documentación básica turismo.
- Copia del acta de matrimonio.
- En caso que ambos contrayentes pertenezcan al Servicio Penitenciario Bonaerense deberán presentar los recibos de haberes, certificados

de revista y nota suscripta por el afiliado con el consentimiento conyugal de acreditación del dinero en la cuenta del cónyuge que se indique.

•Nota/ planilla suscripta por el afiliado.

8.6 Viaje de Placer

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

El afiliado puede realizar viajes a cualquier destino turístico dentro de las opciones que ofrece la DPAS, haciéndose cargo del costo completo de los mismos. Dicho pago puede realizarse al contado o financiado.

Financiación del Viaje de Placer:

Hasta un límite de 48 cuotas, con el interés que resulte aplicable.

Requisitos

- Documentación básica turismo.
- Certificado de revista (deberá contar con un año como mínimo de antigüedad) o resolución de retiro (según corresponda), último recibo de haberes (deberá poseer disponibilidad de haberes para afectar, tanto al momento de la solicitud como al momento del otorgamiento). El garante deberá tener una antigüedad mínima de dos (2) años y deberá presentar: último recibo de haberes (debiendo poseer disponibilidad de haberes para afectar tanto al momento de solicitud como al momento del otorgamiento) y certificado de revista o resolución de retiro (según corresponda). Fotocopia de DNI.

8.7 Financiación

Trámite Vía de Excepción Cobertura

La financiación se gestionará solo para viajes a realizarse por intermedio del Departamento de Turismo de la Dirección Provincial de Acción Social.

Requisitos

- Certificado de revista (deberá contar con un año como mínimo de antigüedad) o resolución de retiro (según corresponda).

- Último recibo de haberes (deberá poseer disponibilidad de haberes para afectar, al momento de la solicitud y del otorgamiento).

- Nota de solicitud.

- El garante deberá tener una antigüedad mínima de dos (2) años y deberá presentar: último recibo de haberes (debiendo poseer disponibilidad de haberes para afectar al momento de solicitud y otorgamiento) y certificado de revista o resolución de retiro (según corresponda), fotocopia de DNI.

Prestaciones Médicas, Odontológicas y Psicológicas

Para todos los trámites a realizar los afiliados deben solicitar previamente cobertura de IOMA, en caso de rechazo se solicitará constancia de no cobertura de IOMA.

20

En caso de presentar ticket se deberá adjuntar remito o presupuesto con monto y nombre del afiliado que valide dicho ticket.

Es requisito fundamental que las indicaciones médicas, odontológicas, psicológicas o farmacológicas sean de lectura clara, sin tachaduras, abreviaturas ni enmiendas para poder cumplir de manera rápida la solicitud del afiliado.

Todo afiliado que se encuentre percibiendo una cobertura por parte de la Dirección Provincial de Acción Social del SPB, para no interrumpir la prestación, deberá presentar copia de la disposición de la misma.

Para todo trámite no inmediato o de carácter excepcional se requerirá nota de solicitud del afiliado donde manifieste claramente su petición.

DOCUMENTACIÓN BÁSICA

//DNI y Carnet de IOMA del afiliado titular y del grupo familiar.

//Último recibo de sueldo del titular.

//Constitución de domicilio electrónico.

//Nota de solicitud.

//CBU(cuando corresponda).

01. ANÁLISIS CLÍNICOS

Trámite ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS. Cobertura directa en el laboratorio por el monto establecido mediante convenio con FABA. En el caso de no recibir la cobertura por parte de la Federación Bioquímica el afiliado podrá solicitar el monto establecido por vía de reintegro.

Requisitos

- Documentación básica.
- La facturación (conforme normas AFIP) deberá contar con detalle de prácticas efectuadas.
- Copia de la orden médica con detalle de los análisis.
- Negativa emitida por el laboratorio; de la solicitud a FABA-IOMA vía internet.
- Para mayor cobertura solicitar negativa en IOMA (trámite por vía excepción).

02. BONOS

2.1 Bioquímico

Trámite Ordinario Cobertura

En el caso de no recibir cobertura directa, se le reintegrará el 100% del valor del bono, presentando comprobante sellado y firmado por el profesional.

2.2 Fonoaudiológico

Trámite Ordinario Cobertura

Hasta 100% de la diferencia no cubierta por el IOMA.

Requisitos

- Documentación básica.
- Troquel de bono firmado y sellado por el fonoaudiólogo, donde se detalle la cobertura de IOMA para realizar el reintegro del monto restante.
- Orden médica con diagnóstico y cantidad de sesiones a efectuar.

2.3 Odontológico

Trámite Ordinario Cobertura

Hasta 100% del gasto, dos (2) bonos por mes.

Requisitos

- Documentación básica.
- Se efectúa el reintegro presentando bono firmado y sellado por el odontólogo.

2.4 Kinesiológico

Trámite Ordinario Cobertura

Hasta 100% de la diferencia no cubierta por IOMA por tratamiento.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia del bono con firma y sello original del kinesiólogo completo con fecha de las sesiones y firma del paciente.
- Orden médica con diagnóstico.

- Planilla de asistencia con facturación.

03.

CIRUGÍA GENERAL Honorario anestesista / médico quirúrgico

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Según monto establecido por la DPAS.
Para mayor cobertura sobre el monto establecido solicitar previamente cobertura ante IOMA por vía excepción.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de la documentación presentada en IOMA certificada como copia fiel a su original.
- Protocolo quirúrgico.
- Fotocopia de la resolución y liquidación del Directorio de IOMA o Círculo Médico, con fecha de resolución de dicha obra social certificada como copia fiel a su original.
- Constancia de no cobertura de IOMA si corresponde.
- En caso de que IOMA solo extienda negativa directa, toda la documentación debe ser original y la factura conforme a las normas vigentes AFIP.

04.

CONSULTAS MÉDICAS (Adherido o no al IOMA)

7.1 Pacientes oncológicos o personas con discapacidad

Trámite Ordinario Cobertura

Por mes sobre el monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Constancia de no cobertura de IOMA (prestador no adherido o arancel libre).
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP.
- En caso de corresponder certificado de discapacidad.
- En caso de realizar una consulta todos los meses la validez de la negativa puede ser certificada por la DPAS adjuntando copia fiel de la original bimestralmente (la negativa tiene 6 meses de validez)

7.2 Profesional no adherido al IOMA

Trámite Ordinario Cobertura

Se reconoce dos (2) consultas al mes, sobre el monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Constancia de que el profesional no se encuentra adherido al IOMA.
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP.

05.

ENFERMERÍA

5.1 Domiciliaria y auxiliar permanente

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Según monto establecido por la DPAS.

Todos los trámites deben ser presentados previamente por vía de excepción ante IOMA, a los fines de poder presentar en este Coseguro la resolución con cobertura o negativa del mismo.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de la documentación presentada en IOMA certificada como copia fiel a su original.
- Historia clínica completa y actualizada especificando la necesidad de atención de un enfermero, y el tiempo de duración de dicha asistencia (en horas diarias y la periodicidad de la prestación).
- Copia del título de enfermero o auxiliar de enfermería certificado ante el organismo que extendió el título con matrícula correspondiente.
- Presupuesto detallado con el valor de la hora y la cantidad de horas mensuales.
- En el caso de presentar factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP, deberá ser acompañada con planilla de asistencia, especificando la prestación brindada al paciente, días y horarios de atención durante el mes facturado, con firmas de conformidad del afiliado.
- En caso de renovaciones, fotocopia de la resolución anterior.

5.2 Práctica domiciliaria no permanente

Trámite Ordinario Cobertura

Inyecciones y nebulizaciones. Se reconocen hasta 30 por año según monto establecido por cada una.

- Colocación de sueros y sondas, se reconocen según monto establecido por mes.
- Enemas, se reconocen según monto establecido para cada una, hasta cuatro (4) por mes.
- Cambio de bolsas colectoras, confort e higiene se reconocen según monto establecido por pedido.
- Curaciones planas se reconocen según monto establecido para cada una hasta diez (10) por mes.

- Toma de presión; se reconocen según monto establecido hasta diez (10) por mes.
- Curaciones, según monto establecido por la DPAS, hasta cuatro (4) por mes.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico.
- Detalle de prestaciones indicadas y periodicidad.
- Planilla de asistencia con fecha y horario de atención.

06. FONOAUDIOLOGÍA

6.1 Audiometría y logaudiometría tonal en niños y adultos

23

Trámite Ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS por sesión.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia del bono con firma y sello original, donde se detalle la cobertura de IOMA para realizar el reintegro del monto restante.
- Orden médica con diagnóstico.

6.2 Impedanciometría y timpanometría

Trámite Ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS por oído.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia del bono con firma y sello original.
- Orden médica con diagnóstico.

6.3 Otoemisiones acústicas

Trámite Ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS por oído.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con detalle de prácticas a efectuar y diagnóstico.
- La facturación (conforme normas vigentes de AFIP) deberá contar con detalle de prácticas efectuadas, donde surja la cobertura de IOMA.

24

6.4 Pruebas supraliminales

Trámite Ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS por solicitud.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia del bono con firma y sello original.
- Orden médica con diagnóstico.

6.5 Selección de otoamplifonos.

Trámite Ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS por oído.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia del bono con firma y sello original.
- Orden médica con diagnóstico.

6.6 Webermetría

Trámite Ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS por oído.

Requisitos

- Documentación básica
- Fotocopia del bono con firma y sello original.
- Orden médica con diagnóstico.

6.7 Sesiones de fonoaudiología no reconocidas por el IOMA

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Monto según lo establecido por la DPAS por sesión, hasta diez (10) sesiones mensuales.

Requisitos

- Documentación básica
- Orden médica con diagnóstico y cantidad de sesiones a efectuar.
- Constancia de no cobertura del IOMA
- Planilla de asistencia diaria.
- Factura o recibo de pago conforme normas vigentes de AFIP.

07.

INTERNACIÓN GERIÁTRICA

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

TRAMITACIÓN DE LAS PRESTACIONES USU-FRUCTUADAS según monto establecido por la DPAS.

Para una mayor transparencia en la tramitación de las prestaciones usufructuadas por los afiliados y con el objetivo de que los mismos reciban un servicio de calidad acorde a las necesidades del paciente, los lugares deberán estar debidamente habilitados y con los profesionales específicos a la problemática de salud.

REQUISITOS PRIMERA VEZ O RENOVACIÓN

1. Documentación básica.
2. Nota tipo en la que se solicita beneficio, firmada por afiliado titular, o el apoderado; QUEDANDO EXCLUIDO EL PRESTADOR como solicitante.
3. Historia clínica completa y actualizada con DIAGNÓSTICO, especificando la necesidad de internación geriátrica.
4. Constancia firmada por el director médico del geriátrico, donde certifique fecha de ingreso del paciente.
5. Cartilla de prestaciones donde especifique en forma detallada los servicios y profesionales del geriátrico.
6. Recibo formal de pago de acuerdo a las normas vigentes de AFIP y presupuesto.
7. Copia certificada de la habilitación municipal ante escribano público, Registro Público de Comercio, juez de paz o ante el organismo que expidió la HABILITACIÓN MUNICIPAL.
8. Copia certificada de la habilitación del Ministerio de Salud ante escribano público, Registro Público de Comercio, juez de paz o ante organismo que expidió la HABILITACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD.
9. Documentación que acredite que el establecimiento no es prestador de IOMA. En el caso que sea prestador la facturación debe contar con el detalle de lo facturado.

NOTA: En caso de renovación en el mismo geriátrico no se solicitará el punto 4 y 5.

08. KINESIOLOGÍA

8.1 Ozonoterapia/ Osteopatía

Sesiones domiciliarias o en consultorio

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Se reconocen diez (10) sesiones mensuales realizadas por prestador no adherido a IOMA según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Resumen de historia clínica confeccionada por quien indica la práctica y duración del tratamiento. En caso de poseer estudios complementarios, adjuntarlos
- Orden médica con diagnóstico y cantidad de sesiones a efectuar.
- Planilla de asistencia diaria.
- Constancia de prestador no adherido al IOMA.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

8.2 Laserterapia y Magnetoterapia

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Se reconocen diez (10) sesiones por año según monto establecido para cada una por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Resumen de historia clínica confeccionada por quien indica la práctica y duración del tratamiento. En caso de poseer estudios complementarios, adjuntarlos.
- Orden médica con diagnóstico y cantidad de

sesiones a efectuar (detallando las mismas como magnetoterapia o laserterapia).

- Planilla de asistencia diaria.
- Constancia de prestador no adherido al IOMA.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

09. MATERIALES PARA PRÁCTICAS AMBULATORIAS

Trámite Ordinario

Glucómetro, medidor de glucosa o similar (monto por año).
Aerocámara (monto por año).
Tensiómetro (monto cada tres años).

26

Cobertura

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

9.1 Materiales descartables

Trámite Ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico.
- Práctica a efectuar y elementos indicados.
- Detalle de descartables con precio unitario.
- Factura o ticket conforme a las normas vigen-

tes de AFIP.

9.2 Tiras reactivas y lancetas

Trámite Ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Autorización de IOMA correspondiente al mes de la compra, con orden de provisión mensual.
- Fotocopia de anverso y reverso de la receta (prescripción médica) autorizada por médico de IOMA, la fotocopia deberá contar con él/los troqueles adjuntos.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

10. MÉDICAMENTOS

10.1 Con cobertura de IOMA

Trámite Ordinario

Cobertura según monto establecido por la DPAS y/o convenio vigente.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de receta (prescripción médica) deberá contar con el/los troqueles adjuntos.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes AFIP con detalle de los medicamentos.
- Credencial DPAS.

10.2 Sin cobertura de IOMA de uso normalizado.

Trámite Vía de excepción Cobertura

- Personas con certificado de discapacidad.
- Casos oncológicos.

Requisitos

- Documentación básica.
- Resumen de historia clínica actualizada especificando nombre de la droga y marca comercial del medicamento, dosis diaria y duración del tratamiento (o la especificación en meses).
- La facturación o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP deberá contar con el/los troqueles adjuntos, o presupuesto si aún no se ha comprado.
- Constancia de no cobertura de IOMA por vía de excepción.
- En caso de renovación, deberá presentar historia clínica actualizada en la que conste la continuidad del tratamiento y fotocopia de la resolución anterior mediante la cual se le otorgó la prestación.

10.3 Para inmunoterapia

Trámite Vía de excepción Cobertura

Tratamiento de inmunoterapia con vacunas, antisensibilizantes (alergias).

Requisitos

- Documentación básica.
- Resumen de historia clínica actualizada especificando el tratamiento a realizar, la duración del mismo, especificando droga y posología de la misma.
- Constancia de no cobertura de IOMA.
- Facturación conforme a las normas vigentes de AFIP con detalle o presupuesto.

11. NEBULIZADOR / VAPORIZADOR

Trámite ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS cada tres (3) años.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico en la que se indique la utilización del nebulizador/ vaporizador en forma permanente.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

12. NUTRICIÓN

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Se reconoce hasta dos (2) consultas mensuales según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Derivación médica con resumen de historia clínica.
- Indicación de consultas a realizar, tiempo estimado de tratamiento y evolución realizada por el nutricionista a cargo del tratamiento.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP y planilla de asistencia.

13. ODONTOLOGÍA

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

El afiliado titular y su grupo familiar a cargo, cuentan con la Red Odontológica SRL a través de la cual podrán atenderse en los centros odontológicos adheridos.

En todos los casos para autorizar tratamientos odontológicos en la Red se deberá acompañar:

Requisitos

- 1- Historia clínica completa (enfermedades precedentes y actuales, medicación, etc.)
- 2- Odontograma completo del paciente a tratar.
- 3- Datos filiatorios del afiliado y beneficiario.
- 4- Diagnóstico clínico integral.
- 5- Plan de tratamiento.
- 6- Presentación de radiografías digitalizadas preoperatorias según el tratamiento a realizar.
- 7- Presentación de fotografías intraorales de maxilar superior e inferior (arcadas completas)

Para el otorgamiento de la financiación odontológica se requiere garantía personal del solicitante.

13.1 Prótesis a mayores de 60 años

Trámite Ordinario Cobertura

•Hasta 100% del valor del mismo (bono de prótesis). Por solicitud.

Requisitos

- Documentación básica.
- El bono de prótesis completa superior y/o inferior.

13.2 Ortopedia

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Reintegro por única vez para pacientes menores de 15 años (con cobertura de IOMA). Según monto establecido por la DPAS.

En el caso de que se otorgue cobertura por tratamiento de Ortopedia, luego no podrá requerirse la de Ortodoncia.

Requisitos

- Pacientes menores de 15 años en dentición temporaria y/o mixta.
- Documentación básica.
- Fotocopia de toda la documentación presentada en IOMA, certificada como copia fiel de sus originales.
- Fotocopia de la resolución y liquidación del Directorio de IOMA con fecha de pago al beneficiario, certificada como copia fiel de sus originales.

13.3 Ortodoncia menores de 15 años

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Reintegro por única vez para pacientes menores de 15 años (con cobertura de IOMA). Monto establecido por la DPAS.

Con o sin cobertura de IOMA, reintegro por única vez.

Para pacientes menores de 15 años de edad que no hayan utilizado el beneficio de ortopedia.

- Documentación básica.
- Fotocopias de toda la documentación presentada en IOMA, certificada como copia fiel a sus originales.
- Fotocopia de resolución y liquidación del Directorio de IOMA con fecha de pago al beneficiario, certificada como copia fiel a sus originales.

13.4 Ortodoncia mayores de 15 años

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Para pacientes mayores de 15 años (sin cobertura de IOMA) que no hayan utilizado el beneficio de ortopedia u ortodoncia.
Monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Certificado emitido por el ortodoncista en el que conste diagnóstico, tratamiento a realizar y duración aproximada del mismo.
- Presupuesto por el costo total del tratamiento.
- RX telerradiografías y/o estudios cefalométrico.
- RX panorámica preoperatoria (sin brackets).
- RX panorámica con aparatología instalada.
- Ficha odontológica.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

13.5 Controles de ortodoncia/ ortopedia

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Se reconoce cobertura mensual a partir del mes de inicio del tratamiento por un tiempo máximo de doce (12) meses, renovable por doce (12) meses más y según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Certificado emitido por el ortodoncista en el que conste diagnóstico, tratamiento a realizar, fecha de iniciación y duración aproximada del mismo.
- Ficha odontológica completa.
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP donde conste el mes de ajuste.

13.6 Tratamiento periodontal

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Por seis (6) sectores: se otorgará según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica
- Fotocopia de toda la documentación presentada en IOMA certificada como copia fiel de su original.
- Fotocopia de resolución y liquidación de IOMA certificada como copia fiel de sus originales.

13.7 Radiografías extraorales

Trámite Ordinario Cobertura

Se reconoce reintegro con fines diagnósticos según monto establecido por la DPAS (Telerradiografía, estudio cefalométrico, panorámica). Radiografía panorámica se reconocerán dos (2) por año.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden odontológica.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

13.8 Tomografías dentales

Trámite Ordinario Cobertura

Se reconocerá dos (2) por año según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.

- Orden odontológica.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

13.9 Prótesis y prácticas no contempladas en el nomenclador de IOMA

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Se deberá presentar previamente el trámite ante IOMA. Se reconocerá según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de toda la documentación presentada en IOMA certificada como copia fiel de su original.
- Fotocopia de resolución y liquidación de IOMA certificada como copia fiel de su original.

30

13.10 Placa para bruxismo

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Se reconocerá según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de toda la documentación presentada en IOMA certificada como copia fiel a su original.
- Fotocopia de resolución y liquidación de IOMA certificada como copias fieles a sus originales.

13.1 Reintegro de Copago

Trámite Ordinario Cobertura

Diferenciado de prácticas odontológicas. Hasta 100% del importe abonado.
Cód. 02.01 Restauración con amalgama.
Cód. 02.02 Restauración con fotocurado.
Cód. 03-01 Endodoncia (un conducto).
Cód. 03.03 Endodoncia (tres conductos).
Cód. 10.01 Extracción simple.
Cód. 10.08 Extracción retenido mucoso.
Cód. 10.09 Extracción retenido óseo.

Requisitos

- Documentación básica.
- Factura original conforme a las normas vigentes de AFIP indicando número de pieza y código.

13.2 Implantes

Cobertura

PRIMERA ETAPA (Quirúrgica) Según monto establecido por la DPAS.
SEGUNDA ETAPA (Protésica) Supraestructura, corona metalocerámica, veener y acrílico. Se reconocerá según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

PRIMERA ETAPA

- Documentación básica.
- Ficha odontológica completa con códigos y firmas del odontólogo y del afiliado constando la pieza donde se colocó el implante.
- Historia clínica.
- Presupuesto discriminando ambas etapas (quirúrgica y protésica).
- Rx panorámica pre operatoria.
- Rx panorámica post operatoria o RX periapical con certificación del odontólogo y sticker del

implante.

- Factura original conforme a las normas vigentes de AFIP.

SEGUNDA ETAPA

- Documentación básica.
- Fotocopia de toda la documentación presentada en IOMA certificada como copia fiel de su original.
- Fotocopia de resolución y liquidación de IOMA certificada como copia fiel de su original.

14. **OFTALMOLOGÍA**

14.1 Beneficio de Ópticas

Trámite ordinario no inmediato, según monto establecido por DPAS.

A través de la RED DE ÓPTICAS ADHERIDAS el afiliado podrá solicitar la provisión del lente que tenga indicado de acuerdo con el procedimiento establecido en la DPAS.

14.1 Lentes aéreos con cobertura parcial de IOMA

Cobertura

Trámite ordinario no inmediato, según monto establecido por DPAS.

En el caso que la suma a otorgar entre IOMA y la DPAS no supere la cobertura actual se otorgará cobertura total hasta alcanzar el monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de toda la documentación presentada en IOMA, certificada como fiel a su original.

14.2 Lentes aéreos no cubiertos por IOMA

Cobertura

Trámite ordinario no inmediato, según monto establecido por DPAS.

Se reconoce por año desde la última solicitud.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico y corrección a efectuar.
- Factura de pago conforme a las normas vigentes de AFIP con detalle de cristales y armazón.

14.3 Lentes de contacto cubiertos por IOMA

Cobertura

Trámite ordinario no inmediato, según monto establecido por DPAS.

Porcentaje no cubierto por IOMA hasta el monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de toda la documentación prestada en IOMA certificada como fiel a su original.
- Copia de liquidación y orden de provisión de IOMA certificada como fiel a su original.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP. En caso de presentar ticket adjuntar remito o presupuesto.

14.4 Lentes de contacto y descartable no cubiertas por IOMA

Cobertura

Trámite ordinario no inmediato, según monto establecido por DPAS desde la última solicitud.

Requisitos

- Documentación básica.
- Por vía de reintegro.
- Orden médica con diagnóstico y corrección a efectuar.
- Factura de pago conforme a las normas vigentes de AFIP con detalle de lo facturado.

14.6 Cirugía con excimer láser

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Monto establecido por ojo por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico indicando dicha cirugía.
- Estudios pre quirúrgicos que justifiquen dicha intervención.
- La facturación conforme a las normas vigentes de AFIP deberá contar con el detalle de la práctica efectuada, o presupuesto.
- Protocolo quirúrgico.

14.7 Topografía corneal y Paquimetría

Trámite ordinario Cobertura

Monto establecido por práctica.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con detalle de prácticas a efectuar.
- Facturación conforme a las normas vigentes de AFIP que deberá contar con el detalle de la práctica efectuada.

15. ORTOPEDIA

15.1 Calzado ortopédico

Trámite ordinario Cobertura

Se reconoce el monto establecido en DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico y corrección a efectuar.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP. En caso de presentar ticket adjuntar remito o presupuesto.

15.2 Cama ortopédica

Trámite ordinario Cobertura

Por alquiler mensual según monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico, especificando el tiempo de uso.
- Resumen de historia clínica.
- La facturación (conforme a las normas vigentes de AFIP) deberá contar con indicación del período facturado.

15.3 Cuello ortopédico

Trámite ordinario Cobertura

Según monto establecido por DPAS para compra.

- Orden médica con diagnóstico.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP. En caso de presentar ticket adjuntar remito o presupuesto.

15.4 Corset ballenado

Trámite ordinario Cobertura

Según monto establecido por DPAS para compra.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

15.5 Elementos ortopédicos

Incluye: Talonera, cabestrillo, muñequera, vendas elásticas, rodilleras, medias elásticas, bastón de aluminio, separador de dedos, almohadilla térmica, etc.)

Trámite ordinario Cobertura

Por la compra de cada uno, solo una vez por año, según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP. En caso de presentar ticket adjuntar remito o presupuesto

15.6 Férula

Trámite ordinario Cobertura

Monto establecido por DPAS para compra.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico y tiempo de uso del elemento ortopédico indicado.
- Facturación conforme a las normas vigentes de AFIP.

15.7 Plantillas ortopédicas

Trámite ordinario Cobertura

Se reconoce, según monto establecido por la DPAS por año.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico y corrección a efectuar.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP. En caso de presentar ticket adjuntar remito o presupuesto.

15.8 Pañales descartables

Trámite ordinario Cobertura

Hasta tres (3) pañales por día, según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Historia clínica.
- Orden médica con diagnóstico y cantidad de pañales diarios.
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP con cantidad de pañales y precio unitario.
- En caso de corresponder, deberá acompañar negativa de IOMA o fotocopia de la constancia de autorización de IOMA con cantidad de pañales cubiertos.

15.9 Ponchito abductor (Arnés de Paulik)

Trámite ordinario Cobertura

Por compra anual hasta monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP. En caso de presentar ticket adjuntar remito o presupuesto.

15.10 Bota Walker

Trámite ordinario Cobertura

Se reconoce por alquiler monto establecido por solicitud y por compra, se reconoce monto establecido por DPAS, pudiéndose solicitar cada cinco (5) años.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico y en los caso de alquiler debe especificar tiempo de uso del elemento ortopédico indicado.

15.11 Andador con asiento

Trámite ordinario Cobertura

Se reconoce una (1) compra cada tres (3) años, según monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico y tiempo de uso del elemento ortopédico indicado.
- La facturación o ticket conforme a las normas

vigentes de AFIP, deberá contener período facturado. En caso de presentar ticket adjuntar remito o presupuesto.

15.12 Colchones de agua, almohadones de siliconas, adaptador de inodoro

Trámite ordinario Cobertura

Alquiler de colchón de agua o aire y para la compra monto establecido por única vez. Alquiler de almohadón de siliconas por mes y para compra monto establecido por única vez. Adaptador de inodoro para compra monto establecido por única vez.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico, especificando el tiempo de uso.
- Resumen de historia clínica.
- La facturación conforme a las normas vigentes de AFIP deberá contar con indicación del período facturado.

15.13 Muletas, trípodes, bastones canadienses

Trámite ordinario Cobertura

Se reconoce por alquiler mensual por muletas y trípodes; y por bastones canadienses, según monto establecido por DPAS.

Se reconoce una (1) compra cada tres (3) años, según monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico y tiempo de uso del elemento ortopédico indicado.
- La facturación conforme a las normas vigentes de AFIP deberá contener período facturado.

15.14 Sillas de rueda

Trámite ordinario Cobertura

Se reconoce monto por mes, máximo de tres (3) meses, según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico y tiempo de uso indicado.
- La facturación conforme a las normas vigentes de AFIP deberá contener período facturado.
- Finalizados los tres (3) meses con constancia de no cobertura de IOMA y por vía de excepción se tramitará la ampliación de cobertura.

16. OTORRINOLARINGOLOGÍA

16.1 Audífonos

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Se reconoce por solicitud, según monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de toda la documentación presentada ante IOMA (orden médica, historia clínica, presupuesto, etc.) certificada como copia fiel a su original.
- Copia de origen de provisión o de liquidación de IOMA certificada como fiel a su original.
- La facturación o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

16.2 Calibración implante coclear

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Se reconoce dos (2) por año, según monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico indicando la calibración.
- Constancia de no cobertura de IOMA.
- Presupuesto o factura de pago conforme a las normas vigentes de AFIP detallada.

16.3 Kit anticerum

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Se reconoce por mes según monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico.
- Constancia de no cobertura de IOMA.
- Presupuesto o factura de pago conforme a las normas vigentes de AFIP detallada.

16.4 Limpieza y lubricación de audífonos

Trámite ordinario no inmediato

Se reconoce hasta dos (2) veces por año, según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico indicando la limpieza y/o lubricación.
- Presupuesto o factura de pago conforme a las normas vigentes de AFIP.

- Constancia de no cobertura de IOMA.

16.5 Pilas para audífonos

Trámite ordinario no inmediato

Monto por solicitud hasta seis (6) pilas por mes, según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica
- Orden médica con diagnóstico indicando cantidad mensual de pilas.
- Factura de pago conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Constancia de no cobertura de IOMA.

16.6 Reparación de moldes otoamplifonos

Trámite ordinario no inmediato

Monto por solicitud, según lo establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico indicando la reparación del mismo.
- Presupuesto o factura de pago conforme a las normas vigentes de AFIP
- Constancia de no cobertura de IOMA.

16.7 Moldes siliconados para audífonos

Trámite ordinario no inmediato

Monto por unidad, según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico.
- Constancia de no cobertura de IOMA.

- Factura de pago conforme a las normas vigentes de AFIP.

17. PRÁCTICAS MÉDICAS Con cobertura de IOMA

Trámite ordinario Cobertura

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia del bono sellado con detalle del código y firma en original.
- Factura de pago conforme a las normas vigentes de AFIP.

18. PRÁCTICAS Y ESTUDIOS NO CUBIERTOS POR IOMA

18.1 Ecografía

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Se reconocen dos (2) por año, según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica.
- La facturación o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Constancia de no cobertura de IOMA.

18.2 Sustancia de contraste

Trámite ordinario Cobertura

Hasta 50% de lo abonado.

Requisitos

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico indicando el estudio y resumen de historia clínica.
- Indicación médica de la sustancia de contraste
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP. En caso de presentar ticket adjuntar remito o presupuesto.
- Constancia de no cobertura de IOMA.

18.3 Estudios

Trámite vía de excepción Cobertura

Monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Historia clínica, con diagnóstico en la que prescriba el estudio a realizarse (en forma detallada).
- Constancia de no cobertura de IOMA.
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Resultado de los estudios.
- Certificado con familiar a cargo (en caso de corresponder).

19. PSICOLOGÍA

19.1 Psicoterapia con cobertura de IOMA

Trámite ordinario Cobertura

En caso que el profesional esté adherido a IOMA, el reintegro otorgado por este Coseguro será equivalente al valor del monto estipulado por IOMA en concepto de copago a cargo del afiliado.

Requisitos

- Documentación básica.
- Planilla de asistencia.
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP.

19.2 Psicoterapia sin cobertura de IOMA

Trámite ordinario no inmediato (según monto establecido por la DPAS)

En los trámites con denegatoria de IOMA, con constancia de finalización de la cobertura o en los casos que el profesional de Psicología no estuviese adherido al Instituto (presentando constancia de IOMA de dicha situación) tendrá cobertura, previa autorización de Auditoría Médica.

PARA LOS MAYORES DE 14 AÑOS

Tendrán una cobertura por sesión, de hasta cinco (5) sesiones al mes por doce (12) meses.

PARA LOS MENORES DE 14 AÑOS

Tendrá cobertura idéntica por hasta ocho (8) sesiones al mes y hasta 12 (doce) meses.

Requisitos

- Documentación básica.
- Historia clínica del profesional interviniente con fecha de inicio, descripción del cuadro clínico, sintomatología, detallando frecuencia y tiempo aproximado del tratamiento.
- Constancia de no cobertura de IOMA y/o constancia de finalización de cobertura del tra-

tamiento.

- Planilla mensual de asistencia firmada tanto por el profesional como por el afiliado.
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Copia de la resolución de IOMA con cobertura parcial, si correspondiere.

19.3 Módulos de evaluación clínica, neurocognitiva, psicodiagnóstico clínico y neurocognitivo con profesional adherido al IOMA

Trámite ordinario Cobertura

En caso que el profesional esté adherido a IOMA, el reintegro otorgado por este Coseguro será equivalente al valor del monto estipulado por IOMA en concepto de copago a cargo del afiliado, para dichas prácticas.

1. Módulo de evaluación psicológica.
2. Módulo de evaluación neurocognitiva.
3. Psicodiagnóstico clínico.
4. Psicodiagnóstico neurocognitivo.

En caso de que el prestador no esté adherido al IOMA, se le dará tratamiento vía excepción.

Requisitos

- Documentación básica.
- Historia clínica del profesional interviniente con fecha de inicio, descripción del cuadro clínico y sintomatología.
- Planilla de asistencia.
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Negativa de IOMA en caso de corresponder.

20. PSICOPEDAGOGÍA Para menores de 3 a 14 años

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

SIN COBERTURA DE IOMA O CON COBERTURA PARCIAL DE IOMA

Dado que la atención psicopedagógica está dentro de las prácticas que requieren su autorización por vía de excepción en IOMA, el afiliado deberá solicitarla previamente en dicho Instituto, para luego iniciar el trámite en esta Dirección.

En aquellos casos en los que IOMA deniegue la prestación o bien autorice el reintegro y/o la cobertura parcial de tratamientos psicopedagógicos, el afiliado deberá presentar ante este Coseguro: Resolución de IOMA, facturación, planilla de asistencia y toda la documentación que fuera presentada ante dicho Instituto, certificada como copia fiel a su original. Tendrá cobertura con la previa autorización de Auditoría Médica.

Se reconocerá hasta ocho (8) sesiones mensuales por hasta doce (12) meses, según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de toda la documentación presentada ante IOMA certificada como fiel a su original.
- Copia de la resolución de IOMA por el porcentaje reconocido o bien de su denegatoria, certificada como fiel a su original.
- Resumen de historia clínica del profesional interviniente donde especificará la cantidad de sesiones semanales y duración del tratamiento.
- Planilla de asistencia.
- Factura o ticket conforme a las normas vigen-

tes de AFIP.

21. PSIQUIATRÍA

Trámite Ordinario no inmediato (según monto establecido por la DPAS) Cobertura

Profesional no adherido a IOMA

Aquellos trámites con denegatoria de IOMA o en los casos que el profesional no estuviese adherido al Instituto (presentando constancia de dicha situación) tendrán una cobertura de hasta dos (2) consultas por mes (si el tratamiento es de control farmacológico) o hasta cinco (5) (cuando se lleve adelante un tratamiento psicoterapéutico) por hasta doce (12) meses.

Requisitos

- Documentación básica.
- Historia clínica del profesional interviniente con fecha de inicio, descripción del cuadro clínico, sintomatología, detallando frecuencia y tiempo aproximado del tratamiento.
- Constancia de no cobertura de IOMA.
- Planilla mensual de asistencia firmada tanto por el profesional como por el afiliado.
- Copia de la resolución de IOMA con cobertura parcial, si correspondiere.
- Factura conforme a las normas vigentes de AFIP.

22. REHABILITACIÓN

22.1 Hidroterapia y gimnasia correctiva

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Monto establecido por la DPAS por mes. Hasta doce (12) meses.

Requisitos

- Documentación básica.
 - Indicación médica emitida por especialista detallando diagnóstico y cantidad de sesiones semanales o mensuales donde conste “rehabilitación”, resumen de historia clínica y tiempo total probable de rehabilitación.
 - Constancia de no cobertura de IOMA.
 - Facturación conforme a las normas vigentes de AFIP.
 - Planilla de asistencia de la DPAS.
 - Para renovación deberá adjuntar disposición anterior.
- En caso de que la práctica se extienda por más de tres (3) meses adjuntar historia clínica actualizada e informe por parte del kinesiólogo.

22.2 Cardíaca

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Monto mensual establecido por la DPAS. Período máximo 12 meses.

REQUISITOS

- Documentación básica.
- Orden médica con diagnóstico.
- La factura de pago deberá ser a mes vencido y conforme a las normas vigentes de AFIP, emitida por el médico cardiólogo.
- Planilla de asistencia diaria.

23.

SUBSIDIO DE GASTOS DE COMBUSTIBLE Y PEAJES POR CUESTIONES DE SALUD

Trámite ordinario no inmediato

• Prestación que se otorgará al afiliado titular según monto establecido por la DPAS, hasta dos (2) veces por año, cuando el traslado obedezca exclusivamente a razones de salud que impliquen internación, oncología (radioterapia, quimioterapia), diálisis.

Requisitos

- Derivación médica con indicación de la localidad a concurrir.
- Planilla debidamente confeccionada por la delegación o área interviniente, detallando lugar de origen y destino del requirente, fecha del viaje, motivo y monto del gasto reclamado.
- Comprobantes de pago (tickets de peajes y comprobantes válidos como factura del combustible).
- Certificado médico de asistencia que acredite la fecha y el lugar al que asiste el paciente, con la rúbrica respectiva del profesional interviniente o del centro médico al que asistió.
- Para los casos en los que se requiera una nueva concurrencia para realizar controles postoperatorios, acreditar con nuevo certificado médico tal asistencia.

24.

REINTEGRO DE ALIMENTOS POR CUESTIONES DE SALUD

Trámite ordinario no inmediato

Prestación que se otorga por gastos realizados en la compra de alimentos cuando el traslado sea a más de 100 km del lugar de residencia

y obedezca exclusivamente a razones de salud que impliquen internación, oncología (radioterapia, quimioterapia), diálisis.
Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Derivación médica con indicación de la localidad a concurrir.
- Planilla debidamente confeccionada por la delegación o área interviniente, detallando lugar de origen y de destino del requirente, fecha del viaje, motivo y monto del gasto reclamado.
- Comprobantes de pago con validez fiscal detallando la compra realizada.
- Certificado médico de asistencia que acredite la fecha y el lugar al que asiste el paciente, con la rúbrica respectiva del profesional interviniente o del centro médico al que asistió.
- Para los casos en los que se requiera una nueva concurrencia para realizar controles postoperatorios, acreditar con nuevo certificado médico tal asistencia.

25.

SERVICIOS PARA PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES

25.1 Equinoterapia y musicoterapia

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Se reconoce por mes, hasta un máximo de doce (12) meses continuos o alternados, en casos de afección del sistema psicomotriz.
Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Constancia de no cobertura de IOMA.
- Resumen de historia clínica.
- Orden médica emitida por especialista deta-

llando diagnóstico, y cantidad de sesiones semanales o mensuales indicadas.

- Certificado de concurrencia.
- Certificado de discapacidad.
- Factura o ticket conforme a las normas vigentes de AFIP.

25.2 Hidroterapia y gimnasia correctiva

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Indicación médica emitida por especialista detallando diagnóstico y cantidad de sesiones donde conste rehabilitación.
- Planilla de asistencia de la DPAS.
- Certificado único de discapacidad.
- Presupuesto y/o factura conforme a las normas vigentes de AFIP.

25.3 Centro de día y hogares

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Según monto establecido por DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Copia de toda la documentación presentada en IOMA (Resumen de historia clínica con indicación médica, constancia del establecimiento donde conste la prestación recibida por el afiliado).
- Resolución de IOMA.
- Facturación con el valor total certificada por IOMA.
- En caso de no tener cobertura de IOMA deberá presentar toda la documentación original y constancia de no cobertura de dicha obra social.

25.4 Transporte escolar sin cobertura de IOMA

Trámite vía de excepción Cobertura

Requisitos

- Documentación básica.
- Constancia de no cobertura de IOMA.
- Resumen de historia clínica con diagnóstico prescribiendo la necesidad de traslado en transporte.
- Fotocopia autenticada de certificado de discapacidad expedido por autoridad competente.
- Certificado de concurrencia al establecimiento, especificando días y horarios.
- Presupuesto o factura de la agencia de remise o valor por kilometraje recorrido.
- Valor por kilómetro, y valor total del viaje por día o mensual especificando desde y hasta donde se realiza el traslado.
- Fotocopia de resolución anterior en casos de renovaciones.

25.5 Traslados a centros especializados (autos de alquiler)

Trámite vía de excepción Cobertura

Requisitos

- Documentación básica.
- Constancia de no cobertura de IOMA.
- Certificado de discapacidad.
- Presupuesto o factura conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Indicación médica.
- Constancia de asistencia con firma y sello del profesional que lo atendió.
- Constancia de asistencia al establecimiento.

25.6 Matrícula escuela especial

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Se reconoce anualmente monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Certificado único de discapacidad.
- Presupuesto o factura conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Certificado de alumno regular.
- Historia clínica.

25.7 Escuela especial

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

42

Para escuela especial con Estimulación Temprana, Nivel Inicial, EP, Formación laboral y Apoyo a la Integración Escolar. El afiliado presenta la documentación pertinente ante IOMA y obtiene una cobertura o una negativa. En el caso que lo denieguen se presentara ante la DPAS. Según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Fotocopia de toda la documentación presentada en IOMA certificada como fiel a su original.
- Copia de liquidación u orden de provisión de IOMA, certificada como fiel a su original

25.8 Matrícula escuela común

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Se reconoce anualmente monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Certificado único de discapacidad.
- Presupuesto o factura conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Certificado de alumno regular.
- Historia clínica.

25.9 Escuela común

Trámite ordinario no inmediato Cobertura

Cobertura por mes (según monto establecido por la DPAS)

Requisitos

- Documentación básica.
- Certificado único de discapacidad.
- Presupuesto y/o factura conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Certificado de alumno regular.
- Historia clínica.

26. TRASLADOS EN AMBULANCIA

26.1 Programados en ambulancia

Trámite Ordinario no inmediato Cobertura

Se contemplarán traslados en ambulancia para aquellos afiliados que se encuentren por su patología imposibilitados de deambular por sus propios medios. Se deberá solicitar con una antelación de 72 hs.

Requisitos

- Historia clínica de donde surja la patología que impide el traslado por sus propios medios.

- Estudios médicos que den cuenta de la patología indicada en la historia clínica.
- Orden médica de donde surja: motivo del traslado, detalle de día y hora, si es ida y vuelta, con o sin acompañante.
- En caso de presentar discapacidad acompañar certificado.
- En caso de tratarse de rehabilitación, deberá acompañarse además de la documentación descripta, la siguiente: diagnóstico con tiempo de evolución, orden médica para tratamiento de rehabilitación especificando la modalidad que se sugiere, claramente fundada.
- En caso de traslados especiales (alta complejidad, por ejemplo) deberá presentar: orden médica con el diagnóstico en donde conste el tipo de móvil requerido. Historia clínica de donde surja la patología que deriva en dicho requerimiento. Estudios médicos correspondientes.
- En todos los casos se deberá acompañar la documentación básica: Fotocopia de DNI, carnet de IOMA, fotocopia del recibo de sueldo, constancia de no cobertura del IOMA.

26. 2 Reintegro de traslados efectuados

Trámite Vía Excepción Cobertura

En caso de no poder solicitar el traslado con anticipación, el afiliado deberá solicitar la prestación por reintegro, para lo que deberá dirigirse previamente a IOMA.

Requisitos

- Fotocopia de toda la documentación presentada en IOMA certificada como fiel a su original (Resumen de historia clínica con indicación del traslado realizado, factura conforme a las normas vigentes de AFIP con detalle del recorrido del mismo) o negativa emitida por dicha obra social.

27. TERAPIAS

27.1 Ocupacional

Trámite Vía Excepción Cobertura

El afiliado deberá solicitar la cobertura previamente en IOMA, presentando ante este Coseguro la resolución de dicho instituto con cobertura o negativa.

Requisitos

- Documentación básica.
- Factura o presupuesto conforme a las normas vigentes de AFIP.
- Resumen de historia clínica con indicación médica.
- Evaluación y propuesta (objetivos de trabajo) del profesional ocupacional matriculado.

43

27.2 Acompañante terapéutico/ cuidador domiciliario

Trámite Vía Excepción sujeto a auditoría DPAS Cobertura

Ayuda económica, según monto establecido por la DPAS.

Requisitos

- Documentación básica.
- Negativa de IOMA o resolución de IOMA.
- Copia certificada del expediente completo presentado ante el IOMA.
- CBU.

28. VACUNACIÓN

Trámite ordinario

Cobertura

Se reconoce hasta el 50% del gasto efectuado en las vacunas que se encuentran fuera del plan de vacunación nacional.

Requisitos

- Documentación básica.
- Resumen de historia clínica y orden médica de aplicación.
- Ticket con detalle de vacuna.
- Troquel original y constancia de aplicación.

Sede Central

Calle 32 n°1160 e/18 y 19, La Plata
(221) 421-7663 / 422-9801 / 482-5515
423-7256 / 483-3060

0800-999-1276

www.accionsocialespb.org.ar

Dirección Provincial de Acción Social Penitenciaria

Delegaciones

Delegación N°1 M. Romero

Cel: (221)4382413- Tel Fijo: (221)4915972
delegacionromero01@gmail.com

Delegación N°3 Lisandro Olmos

Cel: (221)5853817
delegacionolmos3@gmail.com

Delegación N°4 Magdalena

Cel: (221)6347087- Tel Fijo: (2221)453540
delegacionmagdalena4@gmail.com

Delegación N°5 Florencio Varela

Cel: (11)24532427- Tel Fijo: (11)42370885
delegacionfvarela5@gmail.com

Delegación N°6 Mar del Plata

Cel: (223)15-5726150- Tel Fijo: (223)4910643
delegacionmardelplata6@gmail.com

Delegación N°7 Dolores

Cel: (2245)15-430733- Tel Fijo: (2245)441779
delegaciondolores7@gmail.com

Delegación N°8 Barker

Cel: (2292)15-409789- Tel Fijo: (2292)498828
delegacionbarker8@gmail.com

Delegación N°10 Mercedes

Cel (2324)567163- Tel Fijo: (2324)432725
delegacionmercedes10@gmail.com

Delegación N°11 Sierra Chica

Cel: (02284)621447- Tel Fijo: (2284)422518-424131
delegacionsierrachica11@gmail.com

Delegación N°12 General Alvear

Cel (2344)410031- Tel Fijo: (2344)481249
delegacionalvear12@gmail.com

Delegación N°13 Bahía Blanca

Cel: (291)4793230- Tel Fijo: (291)4501143
delegacionbahiaablanca13@gmail.com

Delegación N°14 Trenque Lauquen

Cel: (2392)462442- Tel Fijo: (2392)422738
delegaciontrenquelauquen14@gmail.com

Delegación N°15 Benito Juárez

Cel: (2281)469273- Tel Fijo: (2281)469273
delegacionbenitojuarez15@gmail.com

Delegación N°16 San Nicolás

Cel: (3364)4295639- Tel Fijo: (3364)425638
delegacionsannicolas16@gmail.com

Delegación N°17 Baradero

Cel: (3329)617287- Tel Fijo: (3329)488969
delegacionbaradero17@gmail.com

Delegación N°19 Junín

Cel: (236)4522893- Tel Fijo: (236)4445773
delegacionjunin19@gmail.com

Delegación N°20 Olavarría

Cel: (2284)621448- Tel Fijo: (2284)428030
delegacionolavarria20@gmail.com

Delegación N°21 Azul

Cel: (2281)520370- Tel Fijo: (2281)427493
delegacionazul21@gmail.com

Delegación N°22 Urdampilleta

Cel: (2314)415833
delegacionurdampilleta22@gmail.com

Delegación N°23 Saavedra

Cel: (2923)15-531579
delegacionsaavedra23@gmail.com

Delegación N°25 San Martín

Cel: (11)25490138
delegacionsmartin25@gmail.com

Delegación N°26 Ituzaingo

Cel: (11)25490134
delegaituzaingo26@gmail.com

Delegación N°27 Lomas de Zamora

Celular: (11)25490133- Tel Fijo: (11)42432460
delegacionlomasdezamora27@gmail.com

Delegación N°28 Campana

Cel: (3489)352825- Tel Fijo: (3489)427868
delegacioncampana28@gmail.com

Delegación N°30 Berisso

Celular: (221)6347088
delegacionberisso30@gmail.com

**MINISTERIO DE JUSTICIA
Y DERECHOS HUMANOS**



**DIRECCIÓN PROVINCIAL
DE ACCIÓN SOCIAL
PENITENCIARIA**

**MINISTERIO DE JUSTICIA Y
DERECHOS HUMANOS**



**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES**