

 Municipio de Tigre	Secretaría de Gobierno Despacho General y Digesto	C7 CONVENIOS
RESOLUCIÓN 3052/08		

Copia para información pública. Válida para trámites sólo en caso de ser autenticada por la Dirección de Despacho General y Digesto

TIGRE, 1º de diciembre de 2008.-

VISTO:

El contrato celebrado por el Departamento Ejecutivo a instancias de la tramitación a cargo de la Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano, y,

CONSIDERANDO:

Que corresponde su registro conforme lo establece el Decreto 981/02.

Por ello, el Secretario de Gobierno en uso de facultades delegadas por Decreto 912/93

RESUELVE

ARTICULO 1.- Regístrase y pónese en vigencia el ACTA ACUERDO celebrado el 28 de noviembre de 2008 con el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (I.O.M.A.), cuyo original se incorpora como anexo de la presente, destinado a incorporar como programa específico la prestación de traslado en ambulancia, a cargo del Hospital Comunal.

ARTICULO 2.- Dése a los Registros Municipales de Normas y de Contratos y Licitaciones. Notifíquese. Cúmplase.

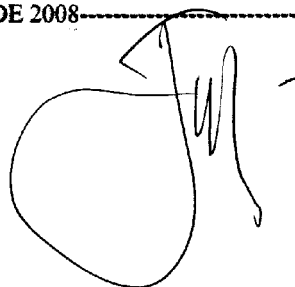
ACTA ACUERDO

Entre el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires representado en este acto por su Presidente Dr. Javier Mourño con domicilio en la calle 46 N° 886 en adelante "LA OBRA SOCIAL" y el HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR. VALENTÍN NORES de la localidad de Tigre, representado en este acto por el Sr. Intendente Dr. Julio ZAMORA con domicilio en calle Av. Cazón 1514 en adelante "EL HOSPITAL", se acuerda en celebrar el presente Acta Acuerdo que sujetan a las siguientes cláusulas:

Primera: En el marco del Acta Acuerdo celebrado el día 25 de agosto del año 2008 entre LA OBRA SOCIAL y EL HOSPITAL por el cual se incorpora como prestador del IOMA, en virtud de la ley 11109 y su modificatoria 13498, que establece que todos los Hospitales Públicos Provinciales y Municipales son prestadores del Instituto de Obra Médico Asistencial; se celebra el presente a efectos de adicionar como programa específico la prestación de traslado en ambulancia; la cual será brindada por EL HOSPITAL .

Segunda: Atento lo expuesto, el nosocomio operará bajo la normativa prestacional IOMA - Hospitales Municipales Ley 11109. En lo referente a los Valores y Modalidades de facturación de los traslados se regirán de acuerdo a lo detallado en los Anexos I y II, respectivamente, del presente.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD SE FIRMAN DOS (2) EJEMPLARES DE UN MISMO TENOR Y A UN SOLO EFECTO, EN LA CIUDAD DE TIGRE, A LOS 28 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2008-----



ANEXO I

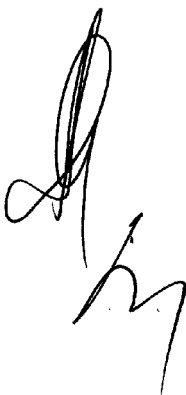
**TRASLADO EN AMBULANCIA
EN EL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

DISTANCIA	SIN MEDICO	CON MEDICO	UTIM
Hasta 25 km.	\$84	\$134	\$232
De 26 hasta 35 km	\$98	\$148	\$242
De 36 hasta 45 km.	\$119	\$168	\$279
De 45 hasta 60 km.	\$138	\$186	\$297
Km. Adicional	\$ 3	\$ 5	\$ 5,5

Se computarán kilómetros recorridos con el paciente a bordo.

Todo traslado supone una espera máxima de dos horas. Superada la cual se adicionarán de forma no fraccionable los montos por hora de espera descriptos a continuación.

HORA ADICIONAL	SIN MEDICO	CON MEDICO	UTIM
	\$25	\$45	\$75



ANEXO II

Requisitos para la presentación de documentación

- 1- Planilla de procesamiento por triplicado
- 2- Factura tipo B o C según corresponda, por triplicado firmada y sellada en original por triplicado.
- 3- Prescripción Médica
- 4- Copia de denuncia de internación
- 5- Cantidad de Kilómetros recorridos.
- 6- Firma del afiliado, o autorizado al efecto, que avale la prestación realizada.

Contenido de la Factura:



Membrete preimpreso identificatorio del emisor.
Domicilio.
Número de C.U.I.T.
Período facturado.
Monto total en números y letras .
Código del Establecimiento.

Contenido del resumen de internaciones:

Nombre y Apellido del Afiliado.
Número de Afiliado.
Denuncia de internación.
Diagnóstico.
Código y descripción de los módulos.
Importe total por afiliado.
Por triplicado, firmado y sellado en original.

Contenido de la planilla de procesamiento:

Nombre y Apellido del Afiliado.
Número de afiliado.
Grupo afiliatorio al que pertenece.
Fecha de ingreso al IOMA. (dato a completar por el Instituto)
Nombre del Establecimiento.
Código de Establecimiento.
Localidad.
Mes de prestación.
Importe.
Número de orden.
Número de factura.
Tipo de prestación.
Kilómetros recorridos.
Detalle de integrantes del vehículo.
Especificación de presencia médica o Unidad de Terapia Intensiva Móvil. (*)
Detalle del lugar de origen y de destino.

(*) En estos casos la Historia Clínica deberá estar justificada por patología y urgencia. Si así no fuera, se reconocerá una de las modalidades de ambulancia denominada de baja complejidad.

Se debe realizar una sola presentación por mes de prestación, la cual deberá ingresar del 1° al 10 de cada mes.

La factura a presentar deberá estar discriminada por cada grupo afiliatorio, (obligatorios, voluntarios, convenios colectivos) y por cada uno de los niveles de atención, en este caso: traslado en ambulancia.

El vencimiento de la facturación será a los 120 días de efectuada la prestación.



RC569
BO.549
03-12-08

Firmado: Eduardo Cergnul, Secretario de Gobierno.

Es impresión del original digitalizado conservado en archivo magnético en Despacho General y Digesto

RESOLUCION N° 3052/08



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.