

## ORDENANZA GENERAL N° 203

La Plata, 23 de junio de 1977.

El Gobernador de la provincia de Buenos Aires, en ejercicio de las facultades de los departamentos deliberativos municipales, sanciona con fuerza de -

### ORDENANZA GENERAL

#### PARA TODOS LOS PARTIDOS DE LA PROVINCIA

**ARTICULO 1°:** A los efectos del cumplimiento de las pautas de “Política Fiscal Municipal para 1977”, los servicios y prestaciones de Atención Médica, Odontología y Análisis Biológicos, así como también las prestaciones farmacéuticas y paramédicas, que se brinden en los establecimientos municipales que en el momento de la implantación de la presente norma no tengan en funcionamiento un régimen arancelario, serán aranceladas en las condiciones que se establece en la presente ordenanza, hasta tanto se pongan en vigencia las normas legales respectivas que se aplicarán en el marco de un Sistema de Atención Médica Organizado.

**ARTICULO 2°:** Las comunas que tengan en funcionamiento, en establecimientos de atención médica de su dependencia, un régimen arancelario diferente al que se implanta por el artículo anterior podrán continuar con el mismo o adoptar el que se establece en la presente ordenanza, en las mismas condiciones del artículo anterior.

**ARTICULO 3°:** A los efectos de la aplicación del arancelamiento se establecen los siguientes grupos de usuarios:

- a) Con cobertura convenida.
- b) Con cobertura pero sin convenio.
- c) Sin cobertura y con ingresos superiores.
- d) Sin cobertura y con ingresos adecuados.
- e) Sin cobertura y sin ingresos adecuados.

**ARTICULO 4°:** Será considerada “con Cobertura convenida” toda persona que al momento de requerir el servicio de prestación sea beneficiaria de algún sistema de cobertura de Obra Social, Mutual, Entidades de Seguro y/o de cualquier naturaleza jurídica que esté obligada a brindarles el servicio o prestación de que se trate, y que haya convenido con el I.O.M.A.

Si la Obra Social, Mutual, Entidades de Seguro y/o cualquier naturaleza no hubiesen convenido previamente con I.O.M.A. el usuario será considerado “con cobertura pero sin convenio”, salvo que estuviese comprendido en las previsiones del artículo 7° en cuyo caso se seguirá el procedimiento aplicable en el artículo referido.

**ARTICULO 5°:** Será considerado usuario “sin cobertura y con ingresos superiores” toda persona que al momento de requerir el servicio o prestación, integre un grupo familiar cuyo ingreso mensual total sea superior o a dos veces el sueldo para la clase ingresante del personal Obrero y Servicio de la ley 8.721 por integrante del grupo familiar.

**ARTICULO 6°:** Será considerado usuario “sin cobertura y con ingresos adecuados” toda persona que al momento de requerir el servicio o prestación integre un grupo familiar cuyo ingreso mensual total se encuentre comprendido entre el sueldo para la clase ingresante del

personal Obrero y de Servicio de la ley 8.721 por integrante del grupo familiar y hasta el tope fijado en el artículo 5°.

**ARTICULO 7°:** Será considerado “usuario sin cobertura y sin ingresos adecuados” a toda persona que al momento de requerir el servicio o prestación integre un grupo familiar cuyo ingreso mensual total sea inferior al mencionado en el artículo 6°.

**ARTICULO 8°:** La determinación del grupo a que pertenezca cada usuario será efectuada por cada establecimiento municipal para lo cual el usuario del servicio o familiar responsable deberá llenar y firmar un formulario de Declaración Jurada de ingreso mensual total del grupo familiar a que pertenece y número de integrantes del referido grupo.

**ARTICULO 9°:** A los efectos de la aplicación de la presente ordenanza se entiende por “ingreso mensual total” la suma de lo efectivamente percibido en el mes inmediato anterior al tiempo de la prestación. A los mismos efectos se entiende por “grupo familiar” el integrado por el jefe de familia y las personas a su cargo.

**ARTICULO 10°:** La determinación del grupo a que corresponda cada usuario será efectuada por el establecimiento en base a la Declaración Jurada aludida en el artículo 8° de la presente ordenanza pudiendo el señor Intendente Municipal, por sí o por delegación al Director de Salud o del Servicio Social correspondiente del mencionado establecimiento, con motivo, rectificarla.

Sobre la base de una nueva Declaración Jurada, el usuario podrá solicitar el cambio de grupo.

**ARTICULO 11°:** Los usuarios a que alude el artículo 4° “con cobertura convenida”, y estarán exentos de pago directo por las prestaciones y servicios efectuados y cubiertos, con las excepciones que determina la presente y las que en su esfera, resolviere el Ministerio de Bienestar Social.

El pago será tramitado ante las entidades enumeradas en el artículo citado, de acuerdo con los montos y modalidades que se establecen a continuación.

**ARTICULO 12°:** Apruébanse los módulos así como los coeficientes y aranceles resultantes destinados a la facturación de las prestaciones en todas las categorías que como Anexo I forman parte integrante de la presente.

**ARTICULO 13°:** Los pagos por servicios y prestaciones a que alude el artículo 11° serán presentados y gestionados a través del I.O.M.A. –Ministerio de Bienestar Social- de acuerdo a las condiciones que fija el convenio adjunto y que forma parte integrante de la presente como Anexo II. Los montos a facturar corresponderán al 70 % del valor establecido.

**ARTICULO 14°:** Los usuarios a que alude el artículo 5°, abonarán en forma directa los aranceles, fijados en la presente al valor de 130 % de los mismos.

**ARTICULO 15°:** Todos los usuarios a que alude el artículo 6° y los que alude el artículo 4° en lo que respecta a “con cobertura y sin convenio” abonarán en forma directa los servicios y prestaciones de acuerdo con los aranceles fijados en la presente correspondiente al valor del 100 % de los mismos.

**ARTICULO 16°:** Las sumas que se recauden como consecuencia de la aplicación de esta ordenanza, deberán ser destinadas, en primer término, al mejoramiento de los servicios de Atención Médica. A tal efecto se determinará en el Presupuesto Municipal un monto por rubro que corresponda a los Programas de Salud.

**ARTICULO 17°:** A los fines del cumplimiento del artículo anterior se deberá indicar en el cálculo de recursos y erogaciones del Presupuesto Municipal el monto estimado por todo concepto que se proyecta percibir y ejecutar.

**ARTICULO 18°:** Los usuarios a que alude el artículo 7°, estarán exentos de todo pago por las prestaciones o servicios que reciban, los que serán brindados en igualdad de calidad y oportunidad respecto a los otros grupos.

**ARTICULO 19°:** Quedan excluidos de todo pago aquellos servicios o prestaciones de Obstetricia, Pediatría en menores de un año, inmunizaciones, y los que padezcan de tuberculosis, venéreas y enfermedades de Chagas Maza, así como también toda otra crónica de interés social que determine con igual alcance el Ministerio de Bienestar Social, mediante Resolución.

**ARTICULO 20°:** El arancelamiento que aplicaren los establecimientos asistenciales por las prestaciones y servicios, sólo podrán incluir los rubros que estén de acuerdo con el nivel de complejidad técnica que, en su esfera establezca el Ministerio de Bienestar Social.

**ARTICULO 21°:** Apruébanse las normas de procedimiento para la percepción de aranceles que se agregan como Anexo III a la presente.

**ARTICULO 22°:** Establécese que los derechos de Consultorio Externo fijados en los aranceles de la presente ordenanza serán abonados por todos los usuarios sin distinción de grupo. Serán exceptuado del pago de este arancel el usuario que así lo solicite y reúna las condiciones establecidas en el artículo 7° de la presente.

**ARTICULO 23°:** A los efectos de la aplicación de la presente fijanse los aranceles establecidos en el clasificador de prestaciones que como Anexo I forma parte integrante de la presente ordenanza.

**ARTICULO 24°:** Las prescripciones de los medicamentos que sean indicados a pacientes mutualizados que acrediten tal carácter, deberán ser indicados en los recetarios de las respectivas Obras Sociales que a tal efecto presenten los usuarios para su adquisición posterior por parte del usuario fuera del ámbito hospitalario.

**ARTICULO 25°:** Los montos de los aranceles para prestaciones especiales o de alta complejidad, así como todo otro tipo de prestación que no se encuadre dentro de la nómina referida en los artículos anteriores serán los determinados en esos rubros por el Ministerio de Bienestar Social.

**ARTICULO 26°:** A fin de lograr la correspondiente homogeneidad de normas y procedimientos implántase como formularios únicos los adjuntos a la presente en el Anexo III.

**ARTICULO 27°:** Facúltase a los intendentes municipales a firmar el convenio cuyo texto forma parte de la presente Ordenanza General como Anexo II.

**ARTICULO 28°:** Cúmplase, regístrese, publíquese en el "Boletín Oficial" y comuníquese a todas las municipalidades.

SAINT JEAN.  
PELEJERO.

Publicada en el "Boletín Oficial" el 1° de julio de 1977.

## **A N E X O I**

### **CLASIFICADOR DE PRESTACIONES**

El presente nomenclador, ha surgido de la necesidad de dotar a los hospitales municipales de un instrumento idóneo y práctico para la aplicación del arancelamiento de las prestaciones y servicios.

En la confección del mismo, se ha perseguido como objetivo fundamental, el de simplificar y facilitar su aplicación así como adecuarlo a los valores que la conducción ministerial estima conveniente.

El mismo tiene como base el Nomenclador Nacional de honorarios médicos y gastos sanatoriales, así como el Nomenclador de la Confederación Bioquímica de la República Argentina. Los valores fueron calculados en base al monto actual de las respectivas unidades, deducido un porcentaje.

La clasificación en niveles, tanto de las determinaciones de laboratorio, como de las prestaciones radiológicas, tuvo como único objetivo dar más practicidad al instrumento, y los mismos sólo agrupan servicios con gastos similares, sin computar la dificultad, especialización o dedicación profesional que su realización implique ni tampoco su frecuencia.

a) GASTOS DE LABORATORIO (Análisis de Primer Nivel)

**Nómina:**

- Addis, Recuento de
- Amilasemia
- Baciloscopía directa
- Bacteriología directa
- (+) Bilirrubina directa e indirecta
- Casoni, Intradermorreacción de
- Coagulación y Sangría
- Coágulo, retracción del
- (+) Colesterol
- Colonias, recuento de
- Coombs, prueba de (directa e indirecta)
- Creatina (en orina o en sangre)
- Creatinina (en orina o en sangre)
- Embarazo, Reacción inmunológica del
- (+) Eritrosedimentación
  - Fórmula leucocitaria y caracteres morfológicos
- (+) Fosfatasa alcalina o ácida
- Glucemia
- Grupo sanguíneo
- Hemoglobina
- Hemograma completo
- Hematocrito
- Huddleson, reacción de
- Látex, test del
- Lazo, prueba del
- Lípidos totales
- Líquido céfalo-raquídeo
- Mantoux, reacción de
- Orina completa, (incluye examen físico y químico)
- Parasitología seriada
- Plaquetas, recuento de
- Proteínas totales y relación A/G
- (+) Pruebas de floculación
- Recuento de eritrocitos
- Recuento de leucocitos
- Rh, factor
- Sangre oculta en materia fecal
- (+) Tiempo de protrombina
- (+) Transaminasa glutámico oxalacética
- (+) Transaminasa glutámico pirúvica
- Uricemia
- VDRL
- Wassermann y Khan

**Nota:** Cuando se soliciten varias de las prácticas que correspondan al Hepatograma completo se sumarán los valores hasta llegar al arancel de un Análisis de Segundo Nivel. No podrá facturarse, consecuentemente, en esos casos un gasto mayor al correspondiente al “Hepatograma completo”, el que está clasificado en el mencionado agrupamiento de Análisis de Segundo Nivel.

Las prácticas referidas están señaladas en la nómina precedente con el signo (+).

b) GASTOS DE LABORATORIO (Análisis de Segundo Nivel)

**Nómina:**

## Antibiograma

Antiestreptolisina "D"

Baciloscopía directa y cultivo

Bacteriología directa y cultivo (con o sin identificación de gérmenes)

Cetoesteroides (varios excepto cromatografía)

Compatibilidad Rhogan sangre materna

Conn y Fajans, prueba de

Coprocultivo

Creantinfosfokinasa (CPK)

Gases en sangre (pO<sub>2</sub> pCO<sub>2</sub>)

Hepatograma completo

Identificación serológica de gérmenes

Inmunolectroforesis

Iodo Proteico

Ionograma Plasmático o urinario (incluye: sodio, potasio, cloro, bicarbonato y hematocrito)

Lactico-Dehidrogenasa

Pregnanodiól o Pregnanotriol

Proteína C Reactiva

Proteinograma

Sondeo duodenal minutado

Trigliceridos

Tromboelastograma

Vainillín Mandélico Acido en orina

### c) GASTOS DE LABORATORIO (Análisis de Tercer Nivel)

#### Nómina:

Radioinmunoensayo, determinaciones mediante

**Nota:** Toda práctica que no se hallare en este nomenclador y su valor en **unidades de gastos** fuera igual o menor de 2,5 unidades en el nomenclador de la Confederación Bioquímica Clínica de la República Argentina, se podrá facturar como práctica de primer nivel. En idénticas circunstancias, pero cuando la práctica se hallare entre 3 y 10 unidades de gastos, se la podrá facturar como práctica de segundo nivel. Cuando la práctica que no haya sido incluida supere las 11 unidades de gastos en el antedicho nomenclador de la Confederación de Bioquímica, se facturará como práctica de tercer nivel.

### d) GASTOS DE RADIOLOGIA (Radiología de Primer Nivel)

#### Nómina:

Abdomen, simple de 1° posición

Cavum o Senos Paranasales (con o sin contraste)

Colon por ingesta (película y radioscopia)

Cráneo (1° posición)

Cráneo (subsiguientes posiciones, cada una)

Embarazo

Esquelético, aparato (cada una de las radiografías de codo, antebrazo, muñeca, mano, rodilla, tobillo y pie en frente y perfil).

Esquelético, aparato (cada una de las radiografías de hombro, húmero, cadera, fémur y pelvis, primera posición)

Esquelético, aparato (cada una de las radiografías de otras posiciones subsiguientes a las tomas precedentemente mencionadas)

Pielografía ascendente (1° placa)

Radioscopia (no incluida en estudios funcionales)

Raquis (1° posición)

Tórax-Tele con relleno esofágico (1° posición)

Tórax (posiciones subsiguientes, cada una)

Urinario, radiografía simple de árbol

**Nota:** Las placas dentales oclusales se facturarán en trescientos veinte pesos (\$ 320)

### e) GASTOS DE RADIOLOGIA (Análisis de Segundo Nivel)

#### Nómina:

Broncografía (unilateral)  
Broncografía (bilateral)  
Colangiografía intraoperatoria (2 placas)  
Colangiografía o colecistocolangiografía endovenosa  
Colangiografía postoperatoria (2 placas)  
Colecistografía con prueba de Boyden  
Colon por enema (estudio seriado)  
Colon por enema e insuflado (estudio seriado)  
Esófago (estudio seriado)  
Esplenoportografía (5 placas)  
Estómago-duodeno (estudio seriado)  
Flebografía (5 placas)  
Histerisalpingografía  
Pelvineumografía  
Pielografía por infusión  
Tomografía (7 placas)  
Tránsito intestino delgado

f) GASTOS DE RADIOLOGIA (Análisis de Tercer Nivel)

**Nómina:**

Aortografía por punción o por Cateterismo selectivo c/cine  
Arteriografía cerebral  
Arteriografía periférica  
Angiocardiógrafía o Coronariografía  
Mielografía  
Neumoencefalografía

g) GASTOS DE ANATOMIA PATOLOGICA

**Nómina:**

Biopsia  
Biopsia de materia de punción  
Biopsia por congelación y/o extemporánea  
Citología exfoliativa (oncológica u hormonal)  
Estudio macro y microscópico de la misma pieza operatoria (varios cortes)

h) GASTOS DE TRANSFUSION

**Nómina:**

Transfusión (de sangre o plasma)

i) GASTOS DE HEMOTERAPIA (Análisis de Primer Nivel)

**Nómina:**

Grupo Sanguíneo  
Factor Rh

j) GASTOS DE HEMOTERAPIA (Segundo Nivel)

**Nómina:**

Coagulograma (incluye consumo de protrombina KPTT, recuento de plaquetas, coagulación y sangría y tiempo de protrombina)

k) GASTOS DE ATENCION CLÍNICA

Se podrá facturar como máximo hasta 12 (doce) días lo que implicaría un total de \$ 29.160. Para intervenciones por lapso superior, en caso de usuarios con cobertura convenida, solicitarse autorización de prórroga a la Obra Social o entidad correspondiente, con dos días hábiles de antelación a la expiración del plazo. En caso de usuarios sin coberturas y con ingresos suficientes no podrá facturarse más de ese lapso. Este arancel no incluye los gastos establecidos en los restantes acápite de este Anexo.

l) GASTOS DE ATENCION QUIRURGICA

Cirugía Mínima, no se facturan gastos de internación aunque la misma se concrete.  
Cirugía Menor, comprende los gastos de quirófano, los de anestesia y los de internación.

Se estima un promedio de 3 días de internación y el arancel es el mismo aunque varíen los días de internación.

Cirugía Mediana, comprende los gastos de quirófano, los de anestesia y los de internación.

Se estima un promedio de 7 días de internación y se aplica el mismo criterio que el anterior.

Cirugía Mayor, comprende los gastos de quirófano, los de anestesia y los de internación.

Se estima un promedio de 12 días de internación y se aplica el mismo criterio que los anteriores.

Estos aranceles no incluyen los gastos establecidos en los restantes acápite de este Anexo. La clasificación en los cuatro tipos precedentes de cirugía se establece en base al nivel de "gastos de quirófano" medidos en Unidades Sanatoriales, según el Nomenclador Nacional, de acuerdo al siguiente detalle:

CIRUGIA MINIMA: prácticas quirúrgicas de 45 unidades Sanatoriales y menores.

CIRUGIA MENOR: prácticas quirúrgicas desde 46 hasta 89 Unidades Sanatoriales inclusive.

CIRUGIA MEDIANA: prácticas quirúrgicas desde 90 a 176 Unidades Sanatoriales inclusive.

CIRUGIA MAYOR: prácticas quirúrgicas desde 177 a 289 Unidades Sanatoriales inclusive.

m) GASTOS POR OTRAS PRACTICAS

Campimetría  
 Centellografía  
 Colposcopia  
 Culdoscopia  
 Ecoencefalograma  
 Electrocardiograma-Vectocardiograma  
 Electroencefalograma  
 Electromiografía  
 Espirometría  
 Fibroscopía E.G.D.  
 Fisio-Xinesioterapia (por aplicación)  
 Gonioscopía  
 Nistagmografía  
 Oftalmodinamometría  
 Perimetría  
 Pletismografía  
 Radioterapia (por aplicación)  
 Retinografía (con o sin fluorescencia)  
 Sondeo esófago-gastrointestinal diagnóstico

## ORDENANZA GENERAL DE ARANCELAMIENTO

### VALOR DE LAS PRESTACIONES

PRESTACION	MODULO	COEFICIENTE	100 %	130 %	70 %
Derecho a Consultorio Externo	1	150			
<b>Gastos de Laboratorio</b>					
a) Análisis de 1er. Nivel	1,5	182	273	345	191
b) Análisis de 2do. Nivel	5	182	910	1.183	637
c) Análisis de 3er. Nivel	18	182	3.276	4.259	2.293
<b>Gastos de Radiología</b>					
d) Radiología de 1er. Nivel	22	77	1.694	2.202	1.186
e) Radiología de 2do. Nivel	80	77	6.160	8.008	4.312
f) Radiología de 3er. Nivel	150	77	11.550	15.015	8.085
g) Anatomía Patológica	10	54	540	702	378
h) Gastos de Transfusión	29	54	1.566	2.036	1.096

<b>i) Gastos de Hemoterapia</b>					
1er. Nivel	3	54	162	211	113
<b>k) Atención Clínica por c/día</b>	37	77	2.849	3.704	2.026
<b>l) Atención quirúrgica</b>					
Cirugía Mínima	45	77	3.465	4.505	2.426
Cirugía Menor	178	77	13.706	17.818	9.594
Cirugía Mediana	357	77	27.489	35.736	19.242
Cirugía Mayor	584	77	44.968	58.458	31.478
<b>m) Gastos por otras prácticas</b>					
Campimetría	4	54	216	281	151
Centellografía	55	54	2.970	3.861	2.079
Colposcopia	18	54	972	1.264	680
Culdoscopia	36	54	1.944	2.527	1.361
Ecoencefalograma	36	54	1.944	2.527	1.361
Electro Vectocardiograma	13	54	702	913	491
Electroencefalograma	36	54	1.944	2.527	1.361
Electromiografía	36	54	1.944	2.527	1.361
Espirometría	18	54	972	1.264	680
Fibroscopia E.G.D.	99	54	5.346	6.950	3.742
Fiosioquinesioterapia	2	54	108	14.040	76
Gonioscopia	4	54	216	281	151
Nistagmografía	36	54	1.944	2.527	1.361
Oftalmodinamometría	13	54	702	913	491
Perimetría	4	54	216	280	252
Pletismografía	13	54	702	913	491
Radioterapia por aplicación	15	54	810	1053	567
Retinografía (con o sin Fluorescencia)	13	54	702	913	491
Sondeo-esófago gastrointestinal	10	54	540	702	378
Diagnóstico					
Testificación total o parcial	20	54	1.080	1.404	760

VALOR DE LAS PRESTACIONES (Continuación)

PRESTACION	MODULO	COEFICIENTE	100 %	130 %	70 %
<b>n) Atención Odontológica</b>					
Consulta	1	182	182	237	127
Operatoria Dental					
Obturación simple	2,1/3	182	424	551	297
Obturación compuesta	3	182	546	710	382
Endodoncia					
Tratamiento de conducto					
Unirradicular	4	182	728	946	510
Multirradicular	7	182	1.274	1.656	892
Momificación	2	182	364	473	255
Prótesis en acrílico					
Removable hasta 5 piezas	13	182	2.366	3.076	1.656
Removable más de 5 piezas	16	182	2.912	3.786	2.038
Completa	19	182	3.458	4.495	2.421
Odontopediatria					
Motivación	3	182	546	710	382
Topicación de fluor	2,1/2	182	455	591	318
Corona de acero o acrílico	5	182	910	1.183	637
Mantenedor de espacio	10	182	1.820	2.366	1.274
Prótesis parcial	13	182	2.366	3.076	1.656
Prótesis completa	19	182	3.458	4.495	2.421
Ortodoncia y Ortopedia Funcional					
Consulta de estudio	3	182	546	710	382
Tratamiento simple	30	182	5.460	7.100	3.820
Tratamiento completo	110	182	20.020	26.026	14.014
Periodoncia					
Profilaxis bucal	1,1/2	182	273	355	191
Cirugía periodontal por Cuadr	2,1/4	182	409	532	286
<b>Radiología</b>					
Simple	1	77	77	100	54
Semi-seriada	3	77	231	300	162
Seriada	6	77	462	600	324



	Cirugía bucal					
	Cirugía menor					
	a) Operaciones en dientes					
y	Maxilares	2,1/2	77	192	250	134
	Cirugía mediana	11,1/2	77	885	1.151	619
	Cirugía máxilo facial	38	77	2.926	3.804	2.048

## A N E X O II

En la ciudad de La Plata, a los ..... días del mes de .....de mil novecientos setenta y siete, entre el Instituto de Obra Médico Asistencial de la provincia de Buenos Aires, en adelante el "I.O.M.A.", representado en este acto por el Interventor Dr. Jorge Héctor Andrade, por una parte y la Municipalidad de ....., representado en este acto por .....en adelante "la Municipalidad", se convienen en celebrar el siguiente contrato:

**PRIMERO:** La Municipalidad se compromete a prestar a todos los afiliados del I.O.M.A. y a aquéllos de otras obras sociales que hayan convenido con el referido Instituto que exhiban documentación fehaciente y que se encuentren en condiciones reglamentarias de participar en sus beneficios, los servicios de internación sanatorial y consultorio externo de acuerdo con los aranceles, condiciones generales y normas de trabajo anexas que forman parte del presente contrato, en los establecimientos asistenciales bajo su jurisdicción.

**SEGUNDO:** La Municipalidad aceptar respetar el principio de la libre elección del profesional, por parte del afiliado, en la especialidad que le corresponda, entre aquéllos que conforman los planteles de los establecimientos bajo su dependencia, debiendo tales profesionales ajustarse a las normas deontológicas establecidas por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

**TERCERO:** La Municipalidad queda obligada a internar y atender a los afiliados mencionados en el artículo 1° dentro del límite de sus posibilidades, reservándose el derecho de aceptarlos o rechazarlos de acuerdo con las reglamentaciones vigentes del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires, sobre enfermedades infecto-contagiosas o aquéllas que contravengan las reglamentaciones que al efecto establezca el I.O.M.A. u otras obras sociales.

**CUARTO:** La Municipalidad acepta que, cuando lo disponga el I.O.M.A., los establecimientos bajo su dependencia sean visitados por Médicos Inspectores y/o Auditores, Visitadoras Sociales y/o Inspectores Administrativos, que cumplirán las funciones de contralor de internación, verificación de la prestación de servicios, informaciones generales, reclamaciones, a cuyo efecto les deberán facilitar todos los antecedentes que se requieran para el mejor cumplimiento de sus funciones específicas.

**QUINTO:** Ambas partes se comprometen al fiel y estricto cumplimiento de las disposiciones legales contenidas en la ley provincial 6.982 (T.O. 1972), su decreto reglamentario 1.627 y demás normas legales en vigencia, las que manifiestan conocer en este acto y forman parte del presente convenio.

**SEXTO:** La Municipalidad, por intermedio de sus representantes, se obliga a comunicar al I.O.M.A. dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, todo acto de inconducta del afiliado que fuere asistido en los establecimientos bajo su dependencia. Todo afiliado internado en tales establecimientos deberá guardar absoluta observancia de los reglamentos.

**SEPTIMO:** La Municipalidad enviará al I.O.M.A. del.....al.....de cada mes, las facturas por las prestaciones totales efectuadas en los establecimientos bajo su dependencia, durante el mes anterior. El pago de dichas facturas deberá realizarse dentro de los sesenta (60) días de su presentación. Toda factura ingresada con posterioridad al día .....de cada mes, será cancelada dentro del plazo estipulado, contando a partir del día primero del mes siguiente al de su ingreso. Todo servicio prestado y cuya facturación

ingrese con posterioridad a los noventa (90) días contados éstos a partir del primer día del mes inmediato posterior al de prestación, será abonado sin obligación de plazo. Se tomará como fecha de cancelación la de la transferencia bancaria, no haciéndose responsable el I.O.M.A., de la demora que origine este último trámite.

OCTAVO: La Municipalidad remitirá al I.O.M.A., dentro de los veinte (20) días de la firma del presente, un listado de todos los profesionales que se encuentren en relación de dependencia con el mismo, debiendo comunicar las altas y bajas que se produjeren en su plantel en forma inmediata. En el referido listado deberá constar: Matrícula Médica, Especialidad y Horario de Atención.

NOVENO: El presente convenio regirá sin término a partir del .....y podrá ser denunciado por cualquiera de las partes con no menos de treinta (30) días de anticipación, mediante notificación fehaciente.

DECIMO: A los efectos legales y judiciales que del incumplimiento del presente convenio pudieren resultar, la Municipalidad ....., constituye domicilio .....y éste I.O.M.A. en la calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata, sometiéndose ambas partes a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios del Departamento Judicial de La Plata.

UNDECIMO: En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en el lugar y fecha más arriba indicados.

### A N E X O III

#### **NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA LA PERCEPCION DE ARANCELES**

##### **1. VISITA EN CONSULTORIO EXTERNO**

###### **1.1. Usuario que abona**

- a) El usuario abonará en Caja, el Bono Numerado (formulario N° 1), quedando acreditando el pago con la firma del cajero. El importe es agregado por el mismo cajero en el espacio preparado al efecto, debiendo existir en la caja, en lugar bien visible, un anuncio oficial donde conste el valor del bono.
- b) Munido del bono el usuario concurre al servicio donde será atendido, concluida la visita, el usuario conformará con su firma al dorso del mismo, donde constará además la firma del profesional que realizó la consulta como testimonio de su actuación. Al finalizar el horario de consultorio, el profesional remitirá a Contaduría la totalidad de los bonos que le fueron entregados por los pacientes atendidos.
- c) En el caso de ser necesaria una práctica (Laboratorio, Rayos, etc.), el profesional extenderá la orden correspondiente en el Formulario N° 4.
- d) La prescripción de medicamentos será efectuada por el profesional en el Formulario N° 4, o en el que acepte la Obra Social a que eventualmente pertenezca el usuario, siempre que el mismo acredite su condición de tal mediante la presentación de la credencial o carné correspondiente.
- e) Se deberá tener en cuenta que el bono (Formulario N° 1), consta de tres partes. El talón N° 3 que recibe el usuario en la caja, es el que posteriormente entrega al profesional que lo atiende. Los talones números 1 y 2 son rendidos por el cajero a Contaduría y Tesorería. Si el usuario lo requiere se le extenderá el recibo correspondiente en el Formulario N° 5.

###### **1.2. Usuario que no abona**

- a) El usuario manifiesta su imposibilidad de pagar el bono y lo certifica cumplimentando la Declaración Jurada (Formulario N° 2), en la oficina

correspondiente. En dicha oficina se le entrega una tarjeta de identificación para posteriores atenciones en el mismo establecimiento (Formulario N° 6).

- b) El responsable del área de encuesta considera los datos aportados por la Declaración Jurada y de encuadrar en lo establecido por el artículo 7° de la Ordenanza General N° 203, lo aprueba y entrega al usuario un bono “sin cargo” numerado (Formulario N° 3), avalado con su firma. En el talón del bono de referencia, quedará constancia del número de Declaración Jurada correspondiente.
- c) Previsto del bono “sin cargo”, el usuario concurre al servicio para su atención. Concluida la visita, firma el conforme al dorso y la entrega al profesional. Este, a su vez, lo firma en testimonio de su actuación y lo remite al finalizar el horario de atención a Contaduría, conjuntamente con los bonos pagos para su control.
- d) En el caso de ser necesaria una práctica (Laboratorio, Rayos, etc.), el profesional extenderá la orden correspondiente en el Formulario N° 4, prescribiendo los medicamentos en el Formulario que acepte la Obra Social a la que eventualmente pertenezca el usuario, siempre que el mismo acredite su condición de tal, mediante la presentación de la credencial o carne correspondiente.
- e) El responsable del área de Encuesta, remitirá periódicamente los talones de bonos sin cargo a la Administración del hospital.

## 2. PRACTICAS EN PACIENTES AMBULATORIOS

- a) El profesional tratante extiende la orden correspondiente en el Formulario N° 4.
- b) El usuario si no lo ha hecho anteriormente, se presentará al área de Encuesta y cumplimentará la Declaración Jurada (Formulario N° 2), para su ubicación en el grupo correspondiente, lo que queda a cargo del responsable del área. Asimismo, se le entrega una tarjeta de identificación para posteriores atenciones (Formulario N° 6).

### 2.1. Usuarios que abonan

#### 2.1.1. Usuarios sin cobertura y con ingresos suficientes o adecuados

- a) El usuario con cobertura y sin convenio presentará previamente la orden expedida por el profesional en el Formulario N° 4 al área de Facturación, donde dicha orden será valorizada.
- b) Con la orden valorizada, el usuario se presenta en Caja, donde abona el importe correspondiente, extendiéndosele el recibo (Formulario N° 5) del cual recibe el original. Estos recibos corresponden al tipo denominado “de contado”, numerados y confeccionados por triplicado.
- c) El usuario se presenta en el servicio o área que debe realizar la prestación, con la orden del profesional (Formulario N° 4) y el original del recibo de pago (Formulario N° 5).
- d) El cajero rendirá a Tesorería y Contaduría con el duplicado y el triplicado del recibo respectivamente.

### 2.2. Usuario que no abonan

#### 2.1.1. Usuarios con cobertura convenida

- a) El usuario se presenta con la orden del profesional (Formulario N° 4), al sector de encuesta, donde se constata por medio fehaciente su condición de afiliado a determinada obra social, y que dicha entidad tenga cobertura previamente.
- b) Aceptada la orden a cargo de determinada obra social, el usuario se traslada al sector Facturación, donde se valoriza la prestación a realizar por la misma.

- c) Con la orden valorizada, el usuario se presenta al servicio o área que debe realizar la prestación con la orden del profesional (Formulario N° 4) y la Tarjeta de Identificación (Formulario N° 6)
- d) Cumplimentada la prestación, el usuario firma de conformidad y el profesional lo hace a su vez en testimonio de su actuación.
- e) El servicio o área actuante remitirá las órdenes de prestación recibidas durante el día, al área de Facturación para su procesamiento y envío a la Obra Social (I.O.M.A.).

#### **2.2.2. Usuario sin cobertura y sin ingresos adecuados**

- a) El usuario con la orden en su poder (Formulario N° 4) se dirige al área de Facturación para que se valore la misma. De no haber sido encuestado hasta el momento se lo derivará al área respectiva para cumplimiento de la encuesta (Formulario N° 2) y recibo de tarjeta de identificación (Formulario N° 6). Al Formulario N° 4, se le agregará un sello con la leyenda “PRESTACIONES SIN CARGO”, pero se indicará el valor de cada una a los efectos estadísticos posteriores.
- b) Luego el usuario se presenta en el servicio o área de prestación, munido de la orden debidamente valorizada (Formulario N° 4) y la tarjeta de identificación (Formulario N° 6).
- c) Cumplimentada la prestación, el usuario firma el conforme y el profesional a su vez lo firma en testimonio de su actuación. Posteriormente con el conjunto de documentación diaria, se remitirá a Contaduría.

### **3. INTERNACION**

#### **3.1. Internación en general**

- a) El médico tratante extiende la orden de internación (Formulario N° 4), haciendo constar el diagnóstico presuntivo.
- b) El usuario o sus allegados cumplimentan en primer término la Declaración Jurada (Formulario N° 2) en el área de Encuesta.
- c) El usuario o sus allegados se presentan en el área de Facturación, donde se abrirá una Carpeta numerada con los datos de identificación, afiliación y la cuenta de resumen por tipo de prestación.
- d) El área de Facturación, entregará al usuario, una boleta de internación (Formulario N° 7), sin cuyo requisito, y con excepción de urgencias, no se realizará ninguna internación.
- e) En el caso de que la Orden de Internación haya sido extendida por un profesional que no pertenezca a la planta del establecimiento, ella se adosará al talón N° 1 del Formulario N° 7.

#### **3.2. Usuario que abona**

##### **3.2.1. Usuario sin cobertura y con ingresos adecuados**

- a) Cumplidos los requisitos a que en general se refiere el punto 3.1., el usuario o sus allegados, de acuerdo al diagnóstico, depositará en Caja, el adelanto que determine el área de facturación.
- b) La Caja extenderá el recibo correspondiente por triplicado (Formulario N° 8). El original queda en poder del usuario o de sus allegados y el duplicado se agrega a la Carpeta, el triplicado es utilizado por el Cajero para rendir a Tesorería.

- c) Diariamente, el Sector de Internación y los de Diagnósticos y Tratamiento, remitirán al área de Facturación los cargos por prácticas realizadas (Formulario N° 4).
- d) La Farmacia remitirá al área de Facturación, copia de la orden de Medicamentos entregados (Formulario N° 4), debidamente valorizada.
- e) Cuando el usuario se retire del establecimiento, abonará la suma total adeudada, deducidos los pagos parciales que hubiere realizado y a que se refieren en el punto a) y b), extendiéndose el recibo numerado en original (Formulario N° 5), por el total de los servicios prestados. Se le entrega asimismo el Resumen de Prestaciones en Formulario N° 9.

**3.3. Usuario que no abona**

**3.3.1. Usuario con cobertura convenida**

- a) Para este caso, en que no se reclama pago de coseguro, obviamente, no se admitirán adelantos ni pagos parciales.
- b) Las diversas órdenes de prestaciones y las copias de las órdenes de medicamentos que lleguen al área de facturación, se acumularán en un sobre, que al efecto se ubicará en la tapa posterior de la Carpeta.
- c) Cuando el usuario se retira, firmará de conformidad la rendición individual, la que se remitirá procesada al I.O.M.A. en resumen de prestaciones totales y resúmenes individuales de Formulario N° 9.

**3.3.2. Usuario con cobertura convenida**

Se deberá proceder de acuerdo a lo expresado en 2.2.2.

**3.3.3. Usuario sin cobertura y sin ingresos adecuados**

- a) Se procederá de igual forma que con el mutualizado con cobertura convenida, con la excepción de que las órdenes de prácticas y las copias de las órdenes de medicamentos, como así también el resumen individual, estarán identificados por el correspondiente sello “SIN CARGO”

[1]

**FORMULARIO N° 1**

Pcia. de Bs. As. Municipalidad de: .....	Pcia. De Bs. As. Municipalidad de: .....	Pcia. de Bs. As. Municipalidad de: .....
Establecimiento .....	Establecimiento .....	Establecimiento .....
N° Bono..... Para Caja-Tesorería	N° Bono..... Para Contaduría	N° Bono..... Visita en Consultorio Para el usuario
Fecha.....	Fecha.....	Fecha..... Sello

..... Firma Cajero	..... Firma Cajero	..... Firma Cajero
Talón 1-Valor.....	Talón 2-Valor.....	Talón 3-Valor.....

..... Conforme del afiliado o familiar
..... Firma del Profesional
Sello aclaratorio

## FORMULARIO N° 2

Provincia de Buenos Aires

A
B
C

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Fecha

E. Familiar

N°

Código

H.C.N°
--------

H.C.N°

Apellido y nombres resp. G. Fam.		Edad	M	F	Estado Civil	
Documento N°		Nacionalidad				
L.E.	L.C.	C.I.				
Domicilio: Calle		N°	Localidad	Partido	Provincia	
Cobertura de	Obra Social.....	Mutual.....	Seguro.....	Otros.....		
Atención Médica	Nombre:.....					
SI	NO	N° Afiliado			Condición de Afiliación	
					Afil.....Fam.....	
Actividad económica del responsable del grupo familiar						
Profesión o ocupación		Lugar de trabajo	Patrón	Empleado	O. Propia	
N° D.G.I.			Ingreso Mensual			
Grupo Familiar (personas a cargo)						
N°	Nombre	Parentesco	Edad	N° H.C.	Ocupación	Ing.mensual
1						
2						
3						

4						
Ect.						
10						
(N.: Jefe del Grupo familiar)					Total ingreso del Grupo familiar	
Vivienda						
Tipo	Dominio	Const.año	Nº Habit.	Monto Alq.	Otros	
Medio de transporte propio: SI - NO Tipo:.....						
Declaro bajo juramento que los datos contenidos en el presente formulario son exactos y responden a la verdad.						
					..... Firma del usuario	
Conclusión			Resultado de la muestra			
..... Firma del encuestador			..... Firma del Supervisor			

### FORMULARIO N° 3

Pcia. De Bs. As. SIN CARGO	Pcia. De Bs. As. SIN CARGO
Municipalidad de: .....	Municipalidad de: .....
Establecimiento .....	Establecimiento .....
Nº Bono	Nº Bono
Nº declaración	Bono Autorizado Nº..... Visita en Consultorio
Fecha..... .....	Fecha..... Sello
..... Firma empleado	..... Firma encuestador
..... Aclaración de firma	..... Aclaración de firma

### FORMULARIO N° 3 DORSO TALON N° 2

..... Conforme del afiliado o familiar
---

<p>.....</p> <p>Firma del Profesional</p> <p>Sello aclaratorio</p>
--

### FORMULARIO N° 4

ORDEN DE PRESTACION O PRESCRIPCION			
PRACTICAS: Quirúrgicas – No quirúrgicas – Medicamentos			
Provincia de Buenos Aires			
Municipalidad de .....			
Apellido:.....		Carpeta n° .....	
Nombres:.....			
Obra Social:.....		Carné n°.....	
Diagnóstico presuntivo .....			
.....Práctica	.....Lab. Anál. Clín.		
Farmacia	.....Hemoterapia	.....C. Extern.	.....Internación
Cantidad de Prestaciones	Prestaciones/Prescripción	VALOR	
		Unitario	Total

FECHA: .....

.....  
 Conforme afiliado o familiar

.....  
 Firma y sello del profesional

NOTA: Este formulario impreso, quedará reducido al tamaño de un recetario

### FORMULARIO N° 5

Provincia de Buenos Aires	
Municipalidad de.....	
Establecimiento:.....	
Recibo N°:.....	
CONTADO C.E.	N°
Recibi	
de:.....	
G. de Laboratorio:	1er. Nivel.....2do.Nivel.....
	3er. Nivel..... \$ .....



G. de Radiología:	1er. Nivel.....	2do. Nivel.....	
	3er. Nivel.....		\$ .....
Medicamentos.....			\$ .....
Otros gastos.....			\$ .....
			\$ .....
			\$ .....
			\$ .....
			\$ .....
			\$ .....
			\$ .....
			\$ .....
		TOTAL.....	\$ .....
.....de .....de 197.....			
.....			
Firma del Cajero			
Sello del Hospital			

### FORMULARIO N° 6

(1)..... Declaración N°.....	Declaración N°.....
<b>FICHERO ALFABETICO</b>	<b>TARJETA DE IDENTIFICACION</b>
(1) Apellido y Nombres	Municipalidad de.....
Obra Social.....	Establecimiento.....
Afiliado N° .....	Apellido:.....
CON cargo	Nombres.....
SIN cargo	Obra Social.....
Con cobertura	Afiliado N°.....
HISTORIA CLINICA N° .....	Con cargo
.....	Sin cargo
Observaciones: .....	Con cobertura
.....	HISTORIA CLINICA N° .....
.....	.....
.....	.....

### FORMULARIO N° 7

<b>PARA EL SERVICIO</b> Pcia. De Bs. As.	<b>PARA EL SECTOR FACTURACION</b> Pcia. De Bs. As.
Municipalidad de: .....	Municipalidad de: .....
Establecimiento .....	Establecimiento .....

Orden de Internación Sr.....N° de Carpeta..... O.S. .... Carné N° ..... Indicado por Dr. .... Diagnóstico presuntivo ..... Fecha ..... Hora: ..... Firma y sello Del profesional.....	Orden de Internación Sr.....N° de Carpeta..... O.S. .... Carné N° ..... Indicado por Dr. .... Diagnóstico presuntivo ..... Fecha ..... Hora: ..... Firma autorizada Sello
--	--

### FORMULARIO N° 8

Provincia de Buenos Aires		N°.....
Municipalidad de.....		
Establecimiento:.....		
INGRESO PACIENTES INTERNADOS.....		FACTURA N°.....
Nombres y apellido del internado		Carpeta N°
Recibí de ..... la suma de pesos..... en concepto de servicios de internación.....		
Localidad del Hospital.....de .....de 197...		
SON \$ .....		
.....	.....	.....
Sello del Hospital	Aclaración	Firma del cajero

### FORMULARIO N° 9

#### RESUMEN INDIVIDUAL INTERNADO

Obra Social: ..... N° Carné: .....  
Afiliado: ..... Edad:.....

Internación	Día	Mes	Año	Hora	Domicilio.....N°...
Fecha de Ingreso					Localidad.....
Fecha de Egreso					Partido.....

Hospital..... Diagnóstico.....

DETALLE	TOTAL	IOMA	
G. de Laboratorio: 1er. Nivel.....2do. Nivel..... .....3er. Nivel.....			
G. de Radiología: 1er. Nivel.....2do. Nivel..... .....3er. Nivel.....			
G. de A. Patológica: .....			
G. de Transfusión:.....			
G. de Hemoterapia: 1er. Nivel.....2do. Nivel.....			
G. de Atención Clínica:.....Días:.....			
G. de Atención Quirúrgica:.....Tipo:.....			
Otros gastos.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
Medicamentos: .....			
<b>TOTAL A PAGAR POR EL AFILIADO – LA OBRA SOCIAL</b>			

Con cargo total al afiliado (detallar Acompañante, extras, practicas no Aranceladas, etc.)

Total a pagar por el afiliado	

.....  
Firma del afiliado

.....  
Sello del Hospital

.....  
Firma del Administrador  
o Director del Hospital  
Sello aclaratorio

<sup>[1]</sup>NOTA: Para el caso de que la indicación o prescripción la realice un profesional ajeno a la planta del establecimiento, se aceptará la misma cuando esté hecha en el Formulario oficial o el que acepte la Obra Social correspondiente, o, cuando esté hecha en el recetario del profesional y el paciente no esté cubierto por Obra Social o institución semejante. Para este último caso, la prescripción será transcrita por el Servicio o área al Formulario N° 4.

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.