

REGLAMENTO DE INGRESO, COBERTURA Y PERÍODOS DE CARENCIA

REQUISITOS PARA INGRESAR

- Residir en el territorio de la provincia de Buenos Aires o prestar servicios permanentes en establecimientos, industrias o cualquier otra actividad laboral dentro de sus límites y tener entre 18 y 35 años de edad.
- Cumplimentar toda la documentación administrativa solicitada por IOMA.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA AFILIARSE

- Planilla de inscripción (ficha Nro 3) que reviste carácter de Declaración Jurada.
- Planilla de Historia Clínica/Declaración Jurada completa por un profesional médico.
- Documentación administrativa y respaldatoria de vínculo, en caso de corresponder.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Se entiende por enfermedad preexistente, a aquellas que el postulante padeciera al momento de suscribir la Declaración Jurada/Historia Clínica y que estén incluidas dentro de la reglamentación vigente de IOMA.

CONDICIÓN EXCLUYENTE

La veracidad de la información brindada por el/la postulante en la documentación presentada a IOMA, es condición fundamental no sólo para el ingreso, sino también para mantener la continuidad afiliatoria.

BAJA DEL PADRÓN AFILIATORIO

Se producirá cuando el/la afiliado/a, se encuentre incurso en mora por más de tres (3) meses ante la falta de pago de la respectiva cuota afiliatoria, sin necesidad de interpelación alguna.

REVOCACIÓN DE LA AFILIACIÓN

Se puede producir cuando se constate en cualquier momento la falsedad de los datos expresados en la Declaración Jurada en los términos de la ley 6982 T.O, Decreto 179/87 y leyes modificatorias; Decreto Reglamentario 593/22 y Decretos modificatorios.

COMIENZO DE LA COBERTURA

El ingreso como afiliado/a se concretará en el momento en que IOMA acepte la solicitud de afiliación del/la postulante, previa evaluación de la documentación presentada. Se emitirán y

REGLAMENTO DE INGRESO, COBERTURA Y PERÍODOS DE CARENCIA

abonarán las tres (3) cuotas de carencia para tener el alta definitiva el primer día del cuarto mes. Una vez cumplimentada la carencia reglamentaria se comenzará a recibir los beneficios de la Obra Social en la modalidad establecida en el Anexo III.

REINCORPORACIÓN

En todos los casos de bajas afiliatorias se podrá gestionar la reincorporación, la que podrá autorizarse por una sola vez, siempre que el afiliado/a no haya sido sancionado/a como tal (art 7 inc. h Ley 6982 TO 1987 Decreto Reglamentario) efectivizando la totalidad de lo adeudado desde la fecha de la baja, y no habiendo transcurrido más de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de cesación de pago de los aportes. Transcurrido el lapso previsto, caducará el derecho a la reincorporación aludida precedentemente. Solamente se podrá solicitar la revisión de la medida, existiendo razones debidamente fundadas a juicio del Honorable Directorio, quien podrá considerar una nueva reincorporación del/la afiliado/a, previo pago del aporte que corresponda a valores actualizados por el término de un periodo igual a un (1) año como máximo. De producirse una nueva cesación en el pago de las cuotas, operará automáticamente la baja del afiliado/a.

VALOR DE LA CUOTA

Se establece que el valor de la cuota mensual del/la afiliado/a voluntario individual será modificado automáticamente por el Honorable Directorio según los incrementos que sufra el sueldo del empleado/a público/a de la Provincia de Buenos Aires.

SANCIONES

Decreto reglamentario 593/22

ARTICULO 7. A los fines de planificar el sistema sanitario asistencial al que alude artículo 1º de la Ley N° 6.982 (T.O. por Decreto N° 179/87) y modificatorias, el directorio podrá:

h

1. El Instituto ejercerá el poder disciplinario conferido por el artículo 7 inciso h) de la ley, mediante la aplicación de las sanciones que a continuación se mencionan:

A Sanciones a aplicar ante irregularidades leves cometidas por prestadores o afiliados/as:

Llamado de atención con o sin aplicación de multas, si estas hubiesen sido establecidas en el convenio o contrato respectivo.

Las multas serán dispuestas por el Directorio y los valores se actualizarán automáticamente a través del procedimiento o sistema de actualización que a tal efecto se apruebe.

Apercibimiento.

Interrupción contractual con el prestador hasta treinta (30) días.

Suspensión de los beneficios al/la afiliado/a, hasta treinta (30) días.

REGLAMENTO DE INGRESO, COBERTURA Y PERÍODOS DE CARENCIA

B Sanciones a aplicar ante irregularidades graves cometidas por prestadores o afiliados/as:

Interrupción contractual con el prestador por más de treinta (30) días y hasta un plazo máximo de dos (2) años.

Suspensión de los beneficios al/la afiliado/a por más de treinta (30) días y hasta un plazo máximo de dos (2) años.

Exclusión definitiva.

5. Se considerarán irregularidades leves que pudieran cometer los/las afiliados/as, las siguientes:

a. No concurrir al llamado de la Obra Social sin la debida justificación, cuando este en forma fehaciente así lo requiera.

b. Cualquier acto de inconducta en el consultorio del/de la profesional o establecimiento asistencial o en el Instituto.

c. Omitir la denuncia de todo acto de inconducta o irregularidad del que tenga conocimiento, cometido por prestador y/o afiliado/a, en las relaciones con IOMA.

6. Se considerarán irregularidades graves en que pudieren incurrir los/as afiliados/as, las que a continuación se mencionan:

a. Prestar conformidad o firmar facturaciones sin que se hubiere prestado el servicio total o parcialmente.

b. Prestar o transferir la credencial afiliatoria que le hubiere sido otorgada.

c. La connivencia dolosa con el servicio prestador.

d. La falsedad o alteración dolosa en la declaración de los/as familiares a cargo y/o acreditación de sus ingresos y/o relación laboral.

e. Realizar maniobras, adulterar documentación, intervenir directamente o participar en actos que causen o intenten causar perjuicio a IOMA, en beneficio para sí, para el servicio prestador o terceras personas.

REGLAMENTO DE INGRESO, COBERTURA Y PERÍODOS DE CARENCIA

Coberturas y plazos de acceso a las prestaciones propuestos

PRESTACIÓN / PROGRAMA	INCLUSIONES	ACCESO A LAS PRESTACIONES
Prácticas médicas y bioquímicas de diagnóstico y tratamiento de Baja Complejidad	Prácticas médicas, bioquímicas, estudios complementarios de imágenes de diagnóstico y tratamiento de Baja Complejidad (Excluye 88 pesados).	90 días
Odontología	Atención y prácticas Odontología general.	- Odontología general 90 días - Prótesis y cirugías maxilofaciales 300 días
Prestaciones paramédicas o No médicas	Fonoaudiología - Enfermería - Kinesiología - Psicología - Lic Nutrición.	90 días
Prestaciones paramédicas o No médicas prolongadas	Cuidadores domiciliarios - Internación domiciliaria - Acompañantes terapéuticos.	365 días
Internaciones clínicas y quirúrgicas	Internaciones clínicas, quirúrgicas y/o en UTI/UCO (excluye cirugía cardiovascular y neurocirugía).	90 días
Cirugía cardiovascular y neurocirugía	Incluye prácticas quirúrgicas cardiovasculares y neurocirugía, con la internación requerida.	365 días
Prótesis y ortesis	Cobertura y provisión de prótesis y ortesis (excluida odontológicas).	90 días
Trasplantes de órganos	Incluye internación, evaluaciones pre-trasplante de la persona receptora y potencial donante viva/o; trasplante y post-trasplante, medicamentos, honorarios profesionales, interconsultas y traslados del órgano.	365 días
Prestaciones médicas de diagnóstico y tratamiento de Alta complejidad	Incluye prácticas nombradas como 88 pesados (Medicina nuclear) - Análisis por radio inmuno ensayo - Tomografía axial computada (TAC) - Resonancia magnética nuclear (RMN), Ecografía doppler color, Ecografía intervencionista, Diálisis, Oncológico.	90 días

REGLAMENTO DE INGRESO, COBERTURA Y PERÍODOS DE CARENCIA

Coberturas y plazos de acceso a las prestaciones propuestos

PRESTACIÓN / PROGRAMA	INCLUSIONES	ACCESO A LAS PRESTACIONES
Terapia Radiante	IMRT, Radiocirugía, ALE, etc.	365 días
Medicamentos (Convenio Ambulatorio: Agudos y Crónicos)	Cobertura de medicamentos ambulatorios. Teniendo presente las primeras líneas de tratamiento y prescripción por genéricos.	90 días
Medicamentos (convenio MEPPES)	Cobertura de medicamentos del convenio MEPPES. Primeras líneas de tratamiento. (excluye insulina NPH, insulina corriente humana).	365 días
Fertilidad	Estudios previos y tratamiento de fertilidad. Fertilización asistida.	365 días
Cirugía Bariátrica	Incluye Cirugía, internación, honorarios profesionales, controles clínicos y nutricionales 12 meses posteriores. Excluye honorarios anestesia.	365 días
Cirugía oftalmológica	Tratamiento correctivo de la miopía, astigmatismo, cataratas y tratamiento del glaucoma.	365 días
Programa Acceso IVE-ILE	Atención médica, Medicación Misoprostol, analgesia y ecografías pre y post interrupción.	30 días
Programa SER	Prácticas ginecológicas Análisis clínicos Métodos anticonceptivos (DIU y/o anticonceptivos orales e inyectables).	30 días

REGLAMENTO DE INGRESO, COBERTURA Y PERÍODOS DE CARENCIA

Coberturas y plazos de acceso a las prestaciones propuestos

PRESTACIÓN / PROGRAMA	INCLUSIONES	ACCESO A LAS PRESTACIONES
Programa MAMI/ NACER	Atención controles de embarazo, parto, cesárea, atención del recién nacido/a y a niño/a hasta los 12 años de edad.	365 días
Programa IOMA a tu lado	Dispositivo de seguimiento de Agentes Sanitarios.	90 días
Cobertura Salud Trans	Asesoramiento profesional, tratamiento hormonal, cirugías de modificaciones corporales.	90 días para tratamiento hormonal. 365 días para cirugías de modificación corporal, a partir del cual tendrá acceso y cobertura conforme a Resolución vigente.
Programa de Salud mental y Consumos problemáticos	Atención profesional con equipo de salud mental interdisciplinario. Seguimiento mensual en Primer Nivel de Atención.	365 días

Firma del/la postulante