

# PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## MINISTERIO DE SEGURIDAD

### POLICIA

#### Orden del Día

Nº 59

LA PLATA, miércoles 19 de junio de 2002

- \* DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES, GUIA DE SERVICIOS.
- \* SUPLEMENTO DE CAPTURAS.
- \* SUPLEMENTO DE SECUESTROS.
- \* SUPLEMENTO DE AVERIGUACIÓN PARADERO.
- \* SUPLEMENTO DE BÚSQUEDAS.
- \* SUPLEMENTO DE SIN EFECTO DE BÚSQUEDAS.

#### PARA CONOCIMIENTO DEL PERSONAL

#### DIRECCION DE SERVICIOS SOCIALES MINISTERIO DE JUSTICIA Y SEGURIDAD

#### GUIA DE BENEFICIOS

#### PRESTACIONES MEDICO-ASISTENCIALES:

En todos los casos deben presentarse:

*Ultimo recibo haberes titular.*

*D.N.I. titular.*

*Carnet I.O.M.A. beneficiario.*

*Constancia de familiar a cargo en caso de corresponder.*

*En casos de no concurrir el afiliado titular:*

*Autorización de cobro en representación emitida por la Sección Afiliaciones.*

-Consultas médicas: En forma ordinaria solamente en casos de pacientes oncológicos hasta \$ 100 mensuales (Res. 1285/98).

*Factura conforme normas D.G.I. en la que conste diagnóstico, o copia del bono de consulta con firma y sello originales del profesional tratante y diagnóstico.*

-Consultas médicas efectuadas por prestadores no adheridos al I.O.M.A.: hasta dos mensuales, hasta \$ 15 cada uno (Res. 4377/01).

*Factura conforme normas D.G.I..*

*Constancia de que el profesional no se encuentra adherido al I.O.M.A..*

-Bonos de prácticas médicas:

a) La Plata: 100% bonos prácticas efectuadas por médicos categoría B y 50% bonos prácticas efectuadas por médicos categoría C.

*Bono original firmado y sellado por el médico que efectuó la práctica.*

b) Interior de la Provincia: \$ 8 (100%). *Fotocopia del bono con firma y sello originales del médico que efectuó la práctica.*

-Bonos de internación:

a) Bono gastos sanatoriales (\$ 50): se entrega sin cargo a los afiliados.

*En La Plata: orden médica y autorización previamente emitida por Delegación I.O.M.A.*

*En interior de la provincia: orden médica.*

b) Bono honorarios médicos (\$ 60): se reintegra el 100%.

*En La Plata: bono original firmado y sellado por responsable del Sanatorio.*

*En el interior de la Provincia: fotocopia del bono con firma y sello originales de responsable del Sanatorio.*

-Honorarios anestesiastas: solamente para el interior, hasta \$ 180, previo reintegro I.O.M.A. o Círculo Médico.

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Protocolo quirúrgico.*

*Copia (certificada como fiel a su original) de liquidación efectuada previamente por I.O.M.A. o Círculo Médico con fecha de pago al afiliado.*

-Medicamentos:

a) De uso normatizado: se reintegra el 100% no cubierto por I.O.M.A. siempre que el Instituto reconozca no menos de 50% (Res. 2455/94)

*Factura o ticket conforme normas D.G.I.*

*Fotocopia anverso y reverso de receta (prescripción médica) autorizada por médico del I.O.M.A.*

*Fotocopia cobertura otorgada por I.O.M.A.*

b) Por tratamientos prolongados sin cobertura del I.O.M.A. (excepto medicamentos de venta libre): por vía de excepción se reintegra 50% (Res. 893 y 2079/2000).

*Trámite por primera vez o renovaciones:*

*Historia clínica actualizada especificando nombre del medicamento, dosis diaria y duración del tratamiento (de por vida o especificación en meses).*

*Factura o ticket conforme normas D.G.I. con troqueles adjuntos (o presupuesto si aún no se ha comprado).*

*Negativa del I.O.M.A. por vía de excepción.*

*En caso de renovación, fotocopia de Resolución anterior.*

*Una vez otorgada la cobertura y mientras se encuentre vigente:*

*Factura o ticket conforme normas D.G.I. con troqueles correspondientes.*

*Fotocopia de la Resolución mediante la que se otorgó el beneficio.*

c) Para heridos en servicio que hayan sufrido lesiones con anterioridad a la fecha de iniciación de intervención de la A.R.T.: 100% (Res. 1147/00).

-Vacunas:

a) Contra hepatitis B, meningitis y varicela: \$ 16 por cada dosis (Res. 2455/94 y 3095/95).

b) Havrix 720 U (hepatitis A): 50% hasta un máximo de \$ 32 por cada dosis (Res. 1679/00).

c) Havrix 1440U (para adultos): 50% hasta \$ 35 por cada dosis (Res. 1679/00).

d) Twinrix (hepatitis A + B): hasta \$ 32 por dosis.

e) Prevenar: hasta \$ 16 cada una, hasta tres dosis (Res. 4377/01).

En todos los casos presentar:

*Orden médica.*

*Factura o ticket conforme normas D.G.I. con troquel correspondiente.*

-Odontología:

a) Bonos odontológicos (\$ 4): hasta uno por mes y por beneficiario, 100%.

*En La Plata: se efectúa reintegro presentando troquel firmado y sellado por el odontólogo.*

*En el interior de la provincia se entregan sin cargo en las Delegaciones de la Dirección.*

b) Ortodoncia: por única vez hasta \$ 345, por reintegro previa auditoría odontológica.

*Certificado emitido por el ortodoncista en el que consten diagnóstico, tratamiento a realizar y duración aproximada del mismo.*

*Ficha odontológica.*

*Modelos (moldes zocalados).*

*Factura con forme normas D.G.I.*

c) Test de Ricket (Rx para ortodoncia): hasta \$ 35 previa autorización Auditoría Odontológica.

*Orden odontológica con diagnóstico*

*Factura conforme normas D.G.I.*

d) Prótesis: por vía de excepción, previo reconocimiento del I.O.M.A., montos a fijar por el Consejo Ejecutivo en cada caso.

*Fotocopias de toda la documentación presentada en el I.O.M.A. certificadas como fieles a sus originales.*

*Fotocopia de dictamen del Directorio del I.O.M.A. y de la liquidación que efectúe el Instituto con fecha de pago al beneficiario.*

-Fonoaudiología:

- a) Bono fonoaudiológico \$ 12: 100% por reintegro.

*Troquel del bono firmado y sellado por el fonoaudiólogo.*

*Planilla de asistencia diaria con firmas de conformidad del beneficiario (en fotocopia del resto del bono).*

- b) Sesiones de fonoaudiología no reconocidas por I.O.M.A.: hasta 10 sesiones mensuales a \$ 10 cada una (Res. 2126/95).

*Orden médica con diagnóstico y cantidad de sesiones a efectuar.*

*Planilla de asistencia diaria.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

- c) Prácticas fonoaudiológicas (Audiometría, logaudiometría, impedanciometría, pruebas supraliminales): \$ 10 por cada una (Res. 2488/93).

*Orden médica con detalle de prácticas a efectuar y diagnóstico.*

*Factura conforme normas D.G.I. con detalle de prácticas efectuadas.*

-Kinesiología:

- a) Bono kinesiológico \$ 20: 100% por reintegro.

*Fotocopia del bono con firma y sello originales del kinesiólogo.*

*Orden médica con diagnóstico.*

- b) Sesiones de kinesiología domiciliaria, o en consultorio no cubiertas por I.O.M.A.: hasta 10 sesiones mensuales a \$ 5 cada una. (Res. 2488/93).

*Orden médica con diagnóstico y cantidad de sesiones a efectuar.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Planilla de asistencia diaria.*

*Constancia de prestador no adherido al I.O.M.A.*

- c) Laserterapia y magnetoterapia: hasta 10 sesiones por año calendario, \$ 5 cada una (Res. 377/01).

*Orden médica con diagnóstico y cantidad de sesiones a efectuar.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Planilla de asistencia diaria.*

*Constancia de no reconocimiento por parte del I.O.M.A.*

-Análisis clínicos (bonos bioquímicos de \$6 y \$10): 100% (se entregan sin cargo a los afiliados)

*orden médica con detalle de los análisis a efectuar.*

-Ecografías no cubiertas por I.O.M.A. (a partir de la segunda por año): 50% hasta un máximo de \$ 25. (Res. 2455/94).

*Orden médica.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Constancia de no reconocimiento por parte del I.O.M.A.*

-Psicología (psicoterapia individual) sin cobertura del I.O.M.A. (previa autorización Auditoría):

- a) Menores de 3 a 12 años: hasta 8 sesiones mensuales a \$ 15 cada una durante 24 meses continuos o discontinuos (Res. 6082/01).

- b) Mayores de 12 años: hasta 4 sesiones mensuales a \$ 15 cada una durante 12 meses continuos o discontinuos; prórroga de 6 meses, \$ 10 por sesión (Res. 6082/01).

Primera vez y renovaciones:

*Nota solicitando el beneficio.*

*Constancia de negativa del I.O.M.A.*

*Orden médica actualizada.*

*Historia Clínica emitida por el psicólogo con diagnóstico de acuerdo al DSM IV actualizada, con fecha del inicio del tratamiento, frecuencia y tiempo estimativo del mismo.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Planilla de asistencia diaria.*

*En caso de renovación, fotocopia de la autorización anterior.*

Mientras se encuentre vigente la cobertura, y en forma mensual:

*Fotocopia autorización de cobertura emitida por la Auditoría Médica.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Planilla de asistencia con fechas y horarios de atención y firmas de conformidad del beneficiario.*

- c) Psicoterapia con cobertura del I.O.M.A.: hasta la misma suma que la cubierta por el Instituto.

*Fotocopias de toda la documentación presentada oportunamente en I.O.M.A. certificadas como fieles a sus originales.*

*Copia de la liquidación del I.O.M.A. certificada como fiel a su original con fecha de pago al beneficiario.*

-Psicopedagogía (previa autorización Auditoría): menores de 3 a 12 años: hasta 8 sesiones mensuales a \$ 15 cada una durante 24 meses continuos o alternados (Res. 6082/01).

*Iguals requisitos que para psicoterapia individual.*

-enfermería:

- a) Enfermería domiciliaria permanente: \$ 400 mensuales (Res. 1128/95) por vía de excepción.

b) Auxiliar de enfermería domiciliaria permanente: \$ 200 mensuales por vía de excepción.

Primera vez o renovaciones:

*Historia clínica completa y actualizada especificando necesidad de atención de un enfermero y el tiempo de duración de dicha asistencia.*

*Copia de título de enfermero o auxiliar de enfermería con certificación actualizada ante Escribano Público, Registro Público de Comercio o ante Organismo que extendió el título de profesional con número de matrícula correspondiente.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Planilla de asistencia provista por este organismo, especificando la asistencia brindada al paciente y días y horarios de atención durante el mes facturado, con firmas de conformidad del afiliado.*

*Negativa de cobertura por vía de excepción del I.O.M.A.*

*En casos de renovaciones, fotocopia de resolución anterior.*

Mientras se encuentre vigente la cobertura

*Fotocopia de la resolución mediante la que se otorgó el beneficio.*

*Factura conforme D.G.I.*

*Planilla de asistencia.*

c) Prácticas de enfermería domiciliaria no permanente:

Enemas: 4 por mes \$ 20 c/u (Res. 1102/95)

Colocación sueros y sondas: 4 por mes \$ 20 c/u (Res. 1102/95)

Cambio bolsas colectoras, confort e higiene: 4 por mes \$ 20 c/u (Res. 1102/95)

Curaciones planas y toma de presión: 10 por mes, \$ 3 c/u (Res. 1102/95).

*Orden médica con diagnóstico, detalle de prestaciones indicadas y periodicidad.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Planilla de asistencia con firmas de conformidad del afiliado con fechas y horarios de atención.*

d) Prácticas enfermería no permanentes ambulatorias o domiciliarias:

Inyecciones: hasta 30 por año \$ 3 c/u (Res. 1475/93 – 786/95)

Nebulizaciones: hasta 30 por año \$ 3 c/u (Res. 1475/93 – 786/95)

*Orden médica con diagnóstico, tipo y cantidad de prácticas a efectuar y medicación a suministrar.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Planilla de asistencia con firmas de conformidad del afiliado con fechas y horarios de atención.*

-Internación Geriátrica: \$ 350 mensuales res. 1720/92, modif. 11/8/98 por vía de excepción.

Primera vez y renovaciones:

*Historia clínica completa y actualizada especificando necesidad de internación geriátrica.*

*Copia de habilitación del geriátrico emitida por el Ministerio de Salud (Decreto 3280/90) con certificación actualizada efectuada por Escribano Público, Registro Público de Comercio u organismo que expidió la habilitación.*

*Copia de habilitación Municipal con certificación actualizada efectuada por Escribano Público, Registro Público de Comercio, Juez de Paz, o por el Organismo que emitió la habilitación.*

*Factura conforma normas D.G.I.*

*Certificado de supervivencia del afiliado (debe renovarse cada tres meses).*

*En casos de renovaciones, copia de la resolución anterior.*

Mientras se encuentre vigente la cobertura:

*Copia de la resolución mediante la que se otorgó el beneficio.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

-Pañales descartables: \$ 0,30 cada uno, (cantidad dispuesta en cada caso por el Consejo Ejecutivo). (Res. 929/98) por vía de excepción.

Primera vez y renovaciones:

*Constancia que el I.O.M.A. no efectúa reconocimiento por vía excepcional.*

*Historia clínica.*

*Orden médica con diagnóstico y cantidad de pañales diarios.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*En casos de renovaciones, copia de resolución anterior.*

Mientras se encuentre vigente la cobertura:

*Copia de la resolución mediante la que se otorgó el beneficio.*

*Factura conforme normas D.G.I. con cantidad de pañales y precio unitario.*

-Rehabilitación cardíaca: hasta 8 sesiones mensuales, máximo \$ 30 (Res. 2659/94).

*Orden médica con diagnóstico.*

*Factura de pago a mes vencido conforme normas D.G.I. emitida por el médico cardiólogo.*

*Planilla de asistencia diaria con firmas de conformidad del beneficiario.*

-Sillas de ruedas (alquiler): \$ 35 mensuales. (Res. 2455/94).

*Copia de liquidación del I.O.M.A. certificada como fiel a su original.*

*Orden médica con diagnóstico y tiempo de uso indicado.*

*Factura conforme normas D.G.I. (con período facturado).*

-Muletas, trípodes, bastones canadienses (alquiler): \$ 15 mensuales (Res. 2455/94).  
*Orden médica con diagnóstico y tiempo del elemento ortopédico indicado.*  
*Factura conforme normas D.G.I. con período facturado.*

-Andador con asiento (alquiler): \$ 40 mensuales, máximo 3 meses (Res. 2126/95)  
*orden médica con diagnóstico.*  
*Factura conforme normas D.G.I. con período facturado.*

-Corset ballenado: \$ 150 (Res. 2126/95)

-Ponchito abductor (arnés de Paulik): \$ 50 (Res. 2126/95)

-Collar de Filadelfia: \$ 50 (Res. 2126/95)  
*Negativa de cobertura del I.O.M.A.*  
*Orden médica con diagnóstico*  
*Factura conforme normas D.G.I.*

-Camas ortopédicas, colchones de agua, almohadones de siliconas, adaptador de inodoro (alquiler): \$ 45 mensuales (Res. 1115-1116/99)  
*orden médica con diagnóstico.*  
*Resumen historia clínica.*  
*Factura conforme normas D.G.I. con indicación del período facturado.*

-Zapatos y zapatillas ortopédicos: \$ 40 por par, máximo dos pares anuales (Res. 1720/92)

-Botas ortopédicas: \$ 50 por par, máximo dos pares anuales (Res. 1720/92)

-Plantillas ortopédicas: \$ 30 por par, máximo dos pares anuales (Res. 1720/92)  
*Orden médica con diagnóstico y corrección a efectuar.*  
*Factura de la ortopedia conforme normas D.G.I.*

-Elementos ortopédicos: Talonera, cabestrillo, muñequera, vendas elásticas, rodilleras, medias elásticas: hasta \$ 25 por cada uno, una vez por año (Res. 5457/01)  
*Negativa de cobertura del I.O.M.A.*  
*Orden médica con diagnóstico.*  
*Factura conforme normas D.G.I.*

-Glucometer, medidor de glucosa o similar, y aerocámara (excepto los broncodilatadores en aerosol que incluyen aerocámara y tienen reconocimiento del I.O.M.A.): \$ 25 cada uno por única vez (Res. 5447/01)  
*Negativa de cobertura del I.O.M.A.*  
*Orden médica con diagnóstico.*  
*Factura conforme normas D.G.I.*

-Nebulizador: \$ 70 por única vez. (Res. 1082/98)  
*Orden médica con diagnóstico en la que se indique la utilización del nebulizador en forma permanente.*  
*Factura conforme normas D.G.I.*

-Materiales descartables para prácticas ambulatorias: Hasta \$ 25 (Res. 2455/94)  
*Orden médica con diagnóstico, práctica a efectuar y elementos indicados.*  
*Factura conforme normas D.G.I. con detalle de descartables con precio unitario.*

-Audífonos: Porcentaje no cubierto por I.O.M.A., siempre que el Instituto reconozca 50 % o más (Res. 786/95).  
*Fotocopia de toda la documentación presentada ante el I.O.M.A. (orden médica, historia clínica, presupuesto, etc) certificada como fiel a su original.*  
*Copia de orden de provisión o de liquidación del I.O.M.A. certificada como fiel a su original.*

-Anteojos no cubiertos por I.O.M.A.: un par para lejos y uno para cerca por año, \$ 50 cada par (Res. 1885/98); menores de 12 años, un par anual hasta \$ 100 (convenio Colegio Ópticos).  
*Por vía de reintegro:*  
*Orden médica con diagnóstico y corrección a efectuar.*  
*Factura conforme normas D.G.I.*  
*Por vía de orden de provisión:*  
*Orden médica con diagnóstico y corrección a efectuar.*  
*Presupuesto con detalle de cristales y armazón.*

-Anteojos cubiertos por I.O.M.A.: hasta igual suma que la cubierta por el Instituto (\$ 80)  
*Fotocopia de toda la documentación presentada en I.O.M.A. certificada como fiel a su original.*  
*Copia de liquidación u orden de provisión de I.O.M.A. certificadas como fieles a sus originales.*

-Lentes contacto no cubiertas por I.O.M.A.: \$ 120, un par cada dos años (Res. 1102/95)

*Por vía de reintegro:*

*Orden médica con diagnóstico y corrección a efectuar.*

*Factura conforme normas D.G.I.*

*Por vía de orden de provisión:*

*Orden médica con diagnóstico y corrección a efectuar.*

*Presupuesto con detalle.*

-Lentes de contacto cubiertas por I.O.M.A.: Porcentaje no cubierto por el I.O.M.A., siempre que el Instituto reconozca 50 % o más (Res. 786/95)

*Fotocopia de toda la documentación presentada en I.O.M.A. certificada como fiel a su original.*

*Copia de liquidación u orden de provisión del I.O.M.A. certificadas como fieles a sus originales.*

-Topografía corneal y paquimetría: \$ 15 por cada práctica (Res. 1257/02)

*Orden médica con detalle de prácticas a efectuar.*

*Factura conforme normas D.G.I. con detalle de prácticas efectuadas.*

-Escuelas especiales para discapacitados: suma resultante de la diferencia entre lo dispuesto por el Ministerio de Salud Nacional para cada modalidad prestacional y el monto reconocido por el I.O.M.A. en cada caso (Res. 1258/99).

*Fotocopia de factura certificada como fiel a su original por I.O.M.A.*

*Copia de liquidación del I.O.M.A. certificada como fiel a su original y con fecha de pago al afiliado.*

-Traslados de discapacitados a centros especializados (autos de alquiler): hasta \$ 150 (por vía de excepción)

-Transporte escolar para discapacitados: Se determina en cada caso por Consejo Ejecutivo por vía de excepción.

Primera vez o renovaciones:

*Negativa de cobertura expedida por I.O.M.A.*

*Orden médica prescribiendo la necesidad de traslado en transporte o remis, con diagnóstico.*

*Resumen de historia clínica.*

*Fotocopia autenticada de certificado de discapacidad expedido por Hospital Público.*

*Certificado de concurrencia al establecimiento, especificando días y horarios.*

*Presupuesto o factura de la agencia de remis o transporte especificando kilometraje recorrido, valor por kilómetro, y valor total del viaje por día o mensual.*

*Fotocopia de resolución anterior en casos de renovaciones.*

Mientras se encuentre vigente la cobertura, en forma mensual:

*Fotocopia de resolución mediante la que se otorgó el beneficio.*

*Certificado de concurrencia al establecimiento asistencial.*

*Factura conforme normas D.G.I. especificando cantidad de traslados, precio unitario por kilómetro y kilometraje recorrido.*

-Traslados en ambulancia: previo reintegro efectuado por el I.O.M.A., hasta el mismo monto que el cubierto por el Instituto (Res. 3792/96, 149/97).

*Fotocopia de toda la documentación presentada ante I.O.M.A. (orden médica, factura, etc.), certificadas como fieles a sus originales.*

*Copia de la liquidación del I.O.M.A. certificada como fiel a su original y con fecha de pago al afiliado.*

-Traslados en ambulancia programados en móviles de la Dirección: No incluye urgencias, y se efectúa en ambulancias de baja complejidad, sin médico.

*Último recibo de sueldo.*

*Carnet de I.O.M.A.*

*Orden médica con diagnóstico, especificando la posibilidad de que el traslado se efectúe sin médico, con imposibilidad de deambular.*

*Constancia que el I.O.M.A. no reconocerá importe alguno.*

-Tratamiento HANSI: Por vía excepcional, monto dispuesto por Consejo Ejecutivo.

-Hidroterapia: Por vía de excepción, se reconoce hasta la suma de \$ 50 por mes, hasta un máximo de 12 meses continuos o alternados, en casos de osteoartritis en grandes articulaciones, obesidad, lumbalgias, limboctalgias, cifoescoliosis, y demás patologías de columna, afecciones broncopulmonares como asma, y para personas discapacitadas con afección del sistema psicomotriz. (Res. 2078/02).

*Negativa de reconocimiento por vía de excepción emitida por I.O.M.A.*

*Resumen de historia clínica.*

*Orden médica emitida por especialista especificando diagnóstico, y cantidad de sesiones semanales o mensuales indicadas.*

*Estudios complementarios.*

*Presupuesto o factura de pago con certificado de concurrencia.*

-A partir del 1/10/01 las facturaciones formales presentadas por los afiliados deberán corresponder a prestaciones efectuadas en el mes correspondiente a su emisión o al mes inmediato anterior (Res. 4077/01).

Los pagos de reintegros se efectuarán a los afiliados titulares. En caso que los mismos no puedan concurrir por razones particulares, pueden autorizar a una tercera persona mediante trámite que se efectúa en la Sección Afiliaciones de esta Dirección presentando *fotocopias de recibo de sueldo, carnet de I.O.M.A. y D.N.I. del titular, y fotocopia del D.N.I. del representante.*

Si el afiliado titular no puede concurrir por no poder deambular, puede autorizar a una tercera persona mediante la tramitación de "cobro en representación" en la Sección Afiliaciones presentando:

*Certificado médico original con diagnóstico indicando imposibilidad para deambular y estableciendo grado de lucidez, fotocopia D.N.I. (1ra y 2da. hojas) del representante, fotocopia último recibo de haberes titular (con original), fotocopia carnet I.O.M.A. y D.N.I. titular, nota dirigida al Jefe del Departamento Prestaciones solicitando el beneficio (con firma certificada por el médico).*

### **CLÍNICA ODONTOLÓGICA:**

Se brinda atención en la Clínica Central ubicada en el Ministerio de Justicia y Seguridad, y a través de las Delegaciones Odontológicas del interior.

La atención es gratuita, con excepción del costo del material empleado para prótesis y ortodoncia, el que puede financiarse presentando en la Sección Préstamos: *D.N.I. afiliado titular, carnet I.O.M.A beneficiario, constancia de disponibilidad de pago emitida por la administradora de sueldo correspondiente, ficha odontológica emitida por la clínica odontológica.*

<b>Delegaciones Odontológicas</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Teléfonos</b>
Morón	Tacuarí N° 690 - Haedo	011-465 99527
Lanús	Juncal N° 1657 (e/ Córdoba y Salta)	011-4241 4021/22 int. 5275
San Martín	San Martín N° 119	011-475 57934 int. 5386
Mar del Plata	Puan N° 1820 Pta. Mogotes	0223-495 0048 int. 5492
Bahía Blanca	25 de Mayo N° 196	02291-4552 7121
San Nicolás	Sarmiento N° 215	03461-45 0642
Junín	Arias N° 525	02362-44 3746
Dolores	Pueyrredón N° 51	02245-44 3481
Pehuajó	Ascassubi N° 480	02396-74 0998
Azul	Colón N° 1020	0281-42 5702
Tigre	Av. Cazón N° 1402	011-470491 148 int. 6287
Mercedes	Calle 30 e/ 25 y 27	02324-42-3886
Quilmes (Camineros)	Av. Mosconi C. Gral. Belgrano	011-4250 8889 int 6966
La Matanza	Villegas N° 2441 piso 1 San Justo	011-4651 1477/0759
San Miguel	San Agustín N° 848	02320-42 2041
Pergamino	Gral. Paz N° 288	02477-42 9705
Bragado	Belgrano N° 1780	02342-43 0079
Alte. Brown	Malvinas Arg. N° 39 e/ Monteverde e Italia	011-4299 5789
Cría. Chascomús	Belgrano N° 65	02241-42 2752/455
Cría. de la Costa (Sta. Teresita)	Calle 3 y 41	02246-42 0227
Cría. 9 de Julio	Robbio N° 945	02317-42 2010
Cría. Lincoln	Alem N° 859	02355-43 0535/6
Cría. Tandil	Independencia N° 263	02293-42 5210
Necochea	Av. 42 N° 2250	02262-42 4900
Olivos	Av. Libertador N° 2200	011-479 158 387 011-451 3603
Escuela Vucetich	Parque Pereyra Iraola Km. 17.500	02229-443 222/23/26
Esc. Suboficiales y Agentes	Parque Pereyra Iraola Km. 17.500	02229-443 242
Liceo Policial	Parque Pereyra Iraola Km. 17.500	02229-443 230
Casa Central La Plata	51 e/ 2 y 3	0221-423 1750 int. 3625/26/27

### **SUBSIDIOS (POR VÍA DE EXCEPCIÓN):**

#### **SUBSIDIO COMPLEMENTARIO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE DISCAPACITADOS:**

Destinado a la cobertura de gastos ocasionados por prestaciones médicas no cubiertas ni por I.O.M.A. ni por esta Dirección.

*Historia clínica.*

*Órdenes médicas.*

*Presupuestos.*

*Certificado de discapacidad expedido por Hospital Público según ley 10.592.*

*Conformación de legajo: se efectúa encuesta socioeconómica, adjuntando constancia de gastos.*

#### **SUBSIDIO POR INCENDIO:**

Cobertura de hasta \$ 1.000.

*Nota de solicitud.*  
*Último recibo de sueldo.*  
*Informe socio ambiental (se efectúa en la Dirección).*  
*Fotocopia de escritura o boleto de compraventa.*  
*Denuncia efectuada en Bomberos.*  
*Fotografías del hecho.*

**AYUDA ESCOLAR PARA HIJOS DE PERSONAL FALLECIDO O HERIDO GRAVEMENTE EN O POR ACTO DE SERVICIO:**  
(Resolución N° 1253/02).

\$ 200 en el mes de marzo y \$ 100 mensuales hasta el mes de diciembre inclusive.  
Para hijos que teniendo entre 3 y 21 años concurren a establecimientos educacionales de nivel pre-escolar, EGB, Polimodal, terciario o universitario.

*Nota de solicitud.*  
*Fotocopia último recibo de sueldo.*  
*Fotocopia resolución de sumario, D.J 62 o P.U.*  
*Certificado de hijos a cargo emitido por Sección Afiliaciones.*  
*De ser posible, informe médico policial con carácter de las heridas y situación de revista o copia de la carpeta médica.*  
*Fotocopia de certificado de defunción autenticada (en caso de fallecimiento del titular).*  
*Fotocopias de actas de nacimiento debidamente autenticadas por Registro de las Personas o Juez de Paz.*  
*Fotocopia de acta de matrimonio autenticada.*  
*Información sumaria en caso de concubinato.*  
*Certificados de alumnos regulares originales (deben presentarse en los meses de marzo y septiembre de cada año).*  
*Informe ambiental.*

En casos de heridas graves que no provoquen una discapacidad permanente, se otorgará el beneficio hasta tanto permanezcan las heridas que hayan merecido la calificación de graves o las secuelas de las mismas (Se percibe hasta TÍAS).

**SUBSIDIO – AYUDA ECONÓMICA:** (Resolución N° 1799/01).

Se otorga por única vez para el personal que hubiere sufrido heridas graves en enfrentamiento armado con la delincuencia (\$ 500), y para causahabientes del personal policial fallecido en enfrentamiento armado con la delincuencia (\$ 1.000); se exceptúan auto lesiones o heridas por fallecimiento producidos por actuación negligente.

*Nota de solicitud.*  
*Fotocopia último recibo de sueldo.*  
*Fotocopia carnet del I.O.M.A.*  
*Fotocopia resolución de sumario, D.J 62 o P.U.*  
*Informe ambiental.*  
*De ser posible, informe médico policial con carácter de las heridas.*

**PRÉSTAMOS POR VÍA DE EXCEPCIÓN:**

*Nota elevada por el afiliado al Sr. Director de Servicios Sociales, indicando la situación y el monto solicitado.*  
*Fotocopias último recibo de haberes de solicitante y garante.*  
*Fotocopias de 1ra. y 2da. hojas de D.N.I. de solicitante y garante, con domicilio actualizado.*  
*Resumen de historia clínica original y actualizada.*  
*Presupuesto.*  
*Constancia de disponibilidad de pago de solicitante y garante, emitido por la Dirección de Administración que corresponda (certificado original de revista y haberes).*  
*Jubilados y Retirados: certificado de afectación de haberes.*

**SUBSIDIOS POR FALLECIMIENTO:**

En todos los casos debe presentarse certificado de defunción legalizado ante Registro de las Personas, Juez de Paz, Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial, o Registro Público de Comercio.

**FALLECIMIENTO TITULAR:**

**REINTEGRO GASTOS SEPELIO:** Se reconocen hasta \$ 2.703.

*Factura original con detalle del servicio y datos del pagador, con sello de pagado y certificación de firma del responsable ante Banco, Escribano, o Juez de Paz.*

*Fotocopia último recibo de haberes.*

En casos en que los gastos de sepelio no alcancen la suma reconocida (\$ 2.703), o que dichos gastos sean cubiertos por cooperativas o aseguradoras, se otorga

**BENEFICIO POR LUTO:**

Declaración jurada con dos testigos.

-Al cónyuge (siempre que conviviere):  
*copia actualizada y autenticada del acta de matrimonio.*

*Fotocopia último recibo de haberes.*

-A los hijos matrimoniales y/o extramatrimoniales (si no tuviese cónyuge):  
*Copia legalizada de actas de nacimiento.*

*Si hay hijo fallecido, establecer descendencia.*  
-A los padres (si no tuviese cónyuge ni descendencia):  
*Copia certificado de nacimiento y defunción legalizado.*

#### FALLECIMIENTO CÓNYUGE A CARGO:

Se otorga la suma de \$ 2.703.  
*Copia acta de matrimonio actualizada y autenticada.*  
*Certificado de revista con esposa a cargo, certificación de Caja de Retiros en caso de jubilados/retirados.*  
*Fotocopia último recibo de sueldo.*  
Para el caso de esposo agregar *informe testimonial por convivencia.*

#### FALLECIMIENTO HIJOS A CARGO:

Se otorgan las siguientes sumas: nasciturus a partir de los 6 meses de gestación \$ 1.352, nacimiento-defunción \$ 1.352, edad comprendida entre un día y 21 años \$ 2.703 (sin límite de edad en caso de discapacitados con resolución afiliatoria):  
*Copia autenticada acta de nacimiento.*  
*Certificado de revista con hijos a cargo o certificación de la Caja de Retiros, o información sumaria (judicial) para los casos en que no se perciba salario familiar.*  
Para nasciturus agregar:  
*Factura de gastos.*  
*Certificado médico con tiempo de gestación.*

#### FALLECIMIENTO MENOR A CARGO:

Se otorga la suma de \$ 2.703; comprende a menores a cargo en esta Dirección, no hijos, hasta los 16 años de edad (sin límite de edad en caso de discapacitados).  
*Certificación de menor a cargo emitida por la Sección Afiliaciones.*  
*Fotocopia último recibo de sueldo con menor a cargo.*  
*Acreditar convivencia al momento del fallecimiento, o haberse hecho cargo del sepelio.*

#### FALLECIMIENTO PADRES A CARGO:

Se otorga la suma de \$ 1.352.  
*Certificado de padres a cargo emitida por Sección Afiliaciones.*  
*Fotocopia último recibo de sueldo de afiliado titular.*

#### TURISMO:

##### SAN CARLOS DE BARILOCHE

Hospedaje en el Hotel Polbaires, 7 noches con media pensión.  
*Solicitud de reserva (con dos meses de anticipación).*  
*Fotocopias D.N.I. pasajeros.*  
*Fotocopia último recibo de sueldo.*  
*Certificado de revista con familiares a cargo.*  
Puede solicitarse financiación de pago, e inclusión en la misma de gastos de pasajes terrestres, a través de la Sección Préstamos.

##### -VIAJE DE BODAS

Plazo de utilización: un año. Cobertura total, 7 noches con media pensión en el Hotel Polbaires y dos pasajes terrestres ida y vuelta en servicio ejecutivo, o reintegro del costo de los mismos (\$ 130 por cada uno).  
*Reserva con dos meses de anticipación.*  
*Último recibo de sueldo.*  
*Dos copias de acta de matrimonio (se otorgan 30 días de plazo para su presentación).*  
En caso de solicitarse pensión completa, puede solicitarse financiación a través de la Sección Préstamos.

##### -VIAJE DE RECUPERACIÓN HERIDOS EN ACTO DE SERVICIO

Para efectivos que hayan sufrido lesiones declaradas imputables al servicio y cuya recuperación demande más de treinta días.  
Cobertura total, 7 noches para dos personas con pensión completa en el Hotel Polbaires y dos pasajes terrestres ida y vuelta en servicio ejecutivo, o reintegro del costo de los mismos (\$ 130 cada uno).  
*Último recibo de sueldo.*  
*Copia de resolución de sumario.*  
*Certificado médico que indique aptitud física y psíquica.*

##### -VIAJE DE RETIRADOS O JUBILADOS CON MÁS DE 25 AÑOS DE SERVICIO Y VIAJE DE BODAS CON LA INSTITUCIÓN

Beneficio que se otorga por única vez, sin fecha de vencimiento, incluye cobertura para dos personas con media pensión en el Hotel Polbaires y dos pasajes terrestres ida y vuelta en servicio ejecutivo o reintegro del costo de los mismos (\$ 130 cada uno).  
*Último recibo de sueldo.*  
*Fotocopia resolución de retiro.*  
En caso de solicitarse pensión completa, puede solicitarse financiación a través de la Sección Préstamos.

COSTA ATLÁNTICA (Mar del Plata, San Clemente, Necochea, Mar de Ajó, y en temporada alta también Villa Gesell).  
VILLA CARLOS PAZ.  
CATARATAS DEL IGUAZÚ.  
CHUBUT (Rawson, Esquel, Trelew y Puerto Madryn).  
*Solicitud de reserva con dos meses de anticipación.*  
*Fotocopias D.N.I. pasajeros.*  
 Puede solicitarse financiación a través de la Sección Préstamos.

CAMPINGS DE LA DIRECCIÓN:  
 Ubicados en Punta Lara (Ensenada) y en Laguna de Gómez (Junín).

**DELEGACIONES Y SUBDELEGACIONES DE LA DIRECCIÓN:**

Sede Central: calle 4 N° 1075 – C.P 1900 – La Plata – Teléfono (0221) 423-1914/15/16.  
 Departamento Coordinación e Inspección (Vivienda, Ambulancias): calle 6 N° 1521 – C.P. 1900 – La Plata – Teléfono (0221) 423-1908/13/43.  
 Departamento Prestaciones (Protección Familiar, Turismo, Auditoría Médica, Auditoría Odontológica, Subsidios por Fallecimiento): calle 6 N° 1521– C.P. 1900 – La Plata – Teléfono (0221) 423-1908/13/43.

<b>Delegación</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfonos</b>
Subdelegación Brandsen	Saenz Peña N° 720	0223-42216
Escuela Vucetich	Cno. Centenario km. 71.500 – Berazategui	473-1591/92/93
Subdelegación Ranchos	Luis Giles esq. Hipólito Irigoyen	02241-48-1004/1134
Capital Federal	Av. Pueyrredón N° 575	4961-2400/2449
Morón	Piaggio N° 1869 – Castelar	4628-3722/1895
Lomas de Zamora	Malvinas Argentinas N° 39 - Burzaco	4299-5789
Subdelegación Lanús	Salta y Juncal	4241-4021/4022
San Martín	91 San Martín (ex 1299 San Martín)	4743-3494/4463 int. 5388
San Miguel	San Agustín N° 848 José C. Paz	02320-422041
Mar del Plata	Salta y 11 de Septiembre	0223-4755664
Necochea	58 e/ 61 y 62	02262-428822/425773
Bahía Blanca	25 de Mayo N° 196 esq. Saavedra	0291-4543433
Subdelegación Tres Arroyos	Pringles N° 66	02983-423333/422-520/428-690
San Nicolás	Sarmiento N° 215	03461-429-267
Subdelegación Ramallo	Belgrano N° 651	03407-421333
Junín	J. Muñoz N° 76	02362-443586/443883
Subdelegación Gral. Viamonte	Irigoyen N° 130	02358-442202
Subdelegación Lincoln	Alem N° 859	02355-430535
Subdelegación Gral. Rojas	Hilario Lagos y Frías	02475-463008
Dolores	Pueyrredón N° 51	02245-443481
Subdelegación Chascomús	Arenales y Belgrano	02241-422752 Fax 422455
Subdelegación Gral. Madariaga	Irigoyen N° 528	02267-424313
Subdelegación San Clemente	Av. San Martín y calle 8	02252-421013
Subdelegación Maipú	Rivadavi N° 340	02262-421013
pehuajó	Ascasubi N° 840	02396-470998
Subdelegación Trenque Lauquen	Roca N° 590	02392-422213
Azul	Belgrano N° 801	02281-425702
Subdelegación Tandil	Alem N° 439	02293-430488/420222
Subdelegación Olavarría	Belgrano N° 2439	02284-423968/42111/422274
Zárate - Campana	25 de Mayo N° 659	03489-426321/426410
Subdelegación Escobar	Tapia de Cruz N° 772	03488-429092/429108
Mercedes	30 N° 622 e/ 25 y 27	02324-423886
Subdelegación Chivilcoy	San Martín N° 75	422016/17
Subdelegación Luján	Las Heras N° 387	0223-42111
Subdelegación Moreno	Merlo y Belgrano	0237-4620338
Quilmes	Cno. Gral. Belgrano y av. Mosconi	0221-4293000 int. 6939
Subdelegación Quilmes Este	Departamental Quilmes	011-2546811
Matanza	Villegas N° 841 – San Justo	011-46511477/465-10759
Pergamino	Gral. Paz. N° 288 e/ Alem y Moreno	02477-429705
Bragado	Belgrano N° 1780	02342-430079
Subdelegación 9 de Julio	Robbio N° 945	02317-22010
Subdelegación Saladillo	Álvarez de Toledo N° 3154	02344-43105
Subdelegación Alberti	Leandro N. Alem N° 297	02346-470114
San Isidro	Montes de Oca N° 539 Tigre	011-47311676
Subdelegación Vicente López	Juncal N° 46	011-47938912

**RECUERDE:**

“Que siendo el I.O.M.A. la obra social principal debe en todos los casos solicitar reconocimiento previo ante dicho instituto y posteriormente concurrir a este seguro”.

**OSCAR DAVID GADANO**  
Comisario Inspector  
Director de Servicios Sociales

**RICARDO LUIS DEGASTALDI**  
Comisario General  
Superintendente General de Policía

**Prof. RAUL MARCELO CHEVES**  
Comisario Inspector  
Secretario General

**OBSERVACIONES:** (≥) Áreas de interés.

**NOTA:** Término 24 horas deberá tomar conocimiento de la Orden del Día la totalidad del personal policial.

**CONSULTAS:** Orden del Día, teléfonos (0221) 423-1750 Internos 3131/ 3132 /3133.

**Correo Electrónico:** [ordendeldiapa@mseg.gba.gov.ar](mailto:ordendeldiapa@mseg.gba.gov.ar).

**Sitio Web:** [www.mseg.gba.gov.ar/sriagral/ordendd/espanol/index.htm](http://www.mseg.gba.gov.ar/sriagral/ordendd/espanol/index.htm).