



NACIONAL



RESOLUCION 500/2004
ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES (A.P.E.)

Programa de Cobertura de Prestaciones Médico Asistenciales. Apoyo financiero para el pago de prestaciones médicas. Requisitos y condiciones que deberán cumplir los agentes del seguro de salud. Valores de la prestación. Registro de Prestadores. Transplantes. Cesión de derecho de cobro. Subsidios por medicamentos. Derogación de las res. 1/98, 3502/99, 661/2000, 3430/2000, 5822/2000, 239/2002, 1001/2003 y 1400/2003 (A.P.E.) y derogación en lo pertinente de la res. 155/2002 (A.P.E.) del 27/01/2004; Boletín Oficial 30/01/2004

VISTO las Resoluciones [N° 001/98](#), [N° 3502/99](#), [N° 661/00](#), [3430/00](#), [N° 5822/00](#), [N° 239/02](#), [N° 1001/03](#) y [1400/03](#) de esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES y,

CONSIDERANDO

Que la Resolución citada en primer término en el VISTO establece el Programa de Cobertura de Alta Complejidad a través del cual esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES financiará el pago de las prestaciones de alto impacto económico o que demanden una cobertura prolongada en el tiempo taxativamente enumeradas en la Resolución.

Que desde su dictado, la misma ha recibido modificaciones sustanciales en lo atinente a las prestaciones cubiertas como asimismo frente a la modalidad de presentación y los requisitos necesarios para la obtención del apoyo financiero.

Que los Anexos I y II de la [Resolución N° 001/98 - APE](#) establecen las normas y los requisitos a los que se deberán ajustar los Agentes de Salud en sus solicitudes de subsidio o reintegro.

Que en atención al tiempo transcurrido y en base a la experiencia adquirida en la puesta en práctica antes mencionada, se cree necesario reformular algunos procedimientos a fin de agilizar el trámite de la entrega de los subsidios o reintegros solicitados por los Agentes de Salud.

Que asimismo es conveniente proceder a ordenar el texto de la [Resolución N° 001/98 - APE](#) adecuándola a las modificaciones experimentadas, logrando así un texto ordenado de la misma.

Por ello, en uso de las atribuciones fijadas por los Decretos [N° 53/98](#) y [167/02](#),

EL INTERVENTOR

DE LA ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES

RESUELVE

Artículo 1° - Deróganse las Resoluciones [N° 001/98 - APE](#), [N° 3502/99 - APE](#), [N° 661/00 - APE](#), [N° 3430/00](#), [N° 5822/00 - APE](#), [N° 239/02 - APE](#), [N° 1001/03 - APE](#) y [1400/03 - APE](#)

Art. 2° - Establécese, a partir de la publicación de la presente, el nuevo PROGRAMA DE COBERTURA DE PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES a través del cual esta

ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES otorgará apoyo financiero para el pago de las prestaciones médicas, prótesis, órtesis, medicación y material descartable que taxativamente se establecen en los Anexos III, IV, V y VI que forman parte de la presente.

Art. 3° - Los Agentes del Seguro de Salud que requieran un apoyo financiero de esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, deberán ajustar su solicitud a las normas, requisitos y condiciones que se aprueban como Anexo I, II y VII de la presente Resolución y su otorgamiento se efectuará con arreglo a las disponibilidades presupuestarias, económicas y financieras, y a las normas que en el futuro se dicten.

Art. 4° - Apruébase el Informe de Auditoría que como Anexo VIII forma parte de la presente, y que deberá ser cumplimentado por los Agentes del Seguro en cada una de sus solicitudes.

Art. 5° - Establécese que las solicitudes de subsidios que sean efectuadas mediante el Trámite Calificado por Riesgo de Muerte deberán respetar los requisitos y condiciones establecidos por la [Resolución N° 154/02 - APE](#).

Art. 6° - Mantiénese la vigencia de la [Resolución N° 155/02 - APE](#) en relación a los plazos y condiciones que establece para la presentación de apoyos financieros.

Art. 7° - En el plazo de NOVENTA (90) días corridos, a partir de la publicación de la presente, los Agentes del Seguro deberán suscribir un convenio con esta ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES a fin de implementar el Sistema de Comunicación Electrónica de Notificaciones, con el fin de agilizar los procedimientos administrativos vigentes.

Art. 8° - Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese.

Eugenio D. Zanarini.

ANEXO I

SOLICITUDES DE APOYO FINANCIERO PARA PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES

I.- Cada solicitud de subsidio o reintegro deberá ser presentada por escrito mediante nota dirigida a la máxima autoridad del Organismo, suscripta por el representante legal de la entidad solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público, excepto que la misma se halle registrada en el Registro de Autoridades y Representantes Legales creado por la Resolución N° 9486/03-APE.

II.- La solicitud deberá iniciarse con las siguientes declaraciones expresas de aceptación, formuladas por el Agente del Seguro de Salud solicitante:

1.- El Agente de Salud solicitante reconoce que el apoyo financiero peticionado no es obligatorio para la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia en tanto el Agente de Salud haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno en favor del Agente de Salud solicitante.

2.- El Agente de Salud solicitante reconoce que es el único obligado frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindando a la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES de toda responsabilidad. Incluso si se le asignara prestador y/o proveedor, dicha asignación se tendrá por realizada por cuenta y orden expresa del Agente de Salud.

3.- El Agente de Salud solicitante asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del Sistema, sin perjuicio de las que se fijaren a cargo de otras personas y/o prestadores y/o proveedores.

(*) 5.- El Agente de Salud solicitante acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva del Agente de Salud, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones canalizarse a través del Agente de

Salud, no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES y/o sus diversas áreas, sin ninguna excepción.

III.- El Agente de Salud deberá aportar la siguiente información para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero:

1.- Nombre y apellido del paciente, edad, domicilio, tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento, nacionalidad y estado civil.

2.- Número y tipo de beneficiario.

3.- Nombre completo y siglas de la Obra Social y número de inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.

4.- Diagnóstico, tratamiento y/o intervención quirúrgica que debe efectuarse al paciente, y evaluación de la auditoría médica del Agente de Salud solicitante avalando la necesidad del mismo, la que deberá estar fundada en la Historia Clínica del paciente realizada por el médico tratante.

5.- Carácter del apoyo financiero solicitado (Subsidio o Reintegro, según corresponda).

6.- Monto solicitado expresado en moneda de curso legal. En el supuesto del apartado IV del presente Anexo, se convertirá el valor de la moneda de origen a pesos, según la cotización tipo vendedor del Banco Nación especificando la fecha de la conversión respectiva.

7.- Certificado de Afiliación del beneficiario expedido por el Agente del Seguro de Salud, con fecha de ingreso a la misma e informe de la empresa donde presta servicios, con fecha de ingreso al establecimiento. Grado de parentesco con el titular. Si es extranjero, fecha de entrada al país y tipo y N° del respectivo documento otorgado por autoridad argentina.

IV.- Se adjuntarán a la solicitud de apoyo financiero, hasta tres (3) presupuestos en original de prestadores o proveedores acreditados de plaza y que se encuentren inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, en caso que este último requisito sea exigible. Los presupuestos deberán estar confeccionados en moneda de curso legal, o en la moneda de origen para el caso de productos extranjeros.

La Gerencia de Prestaciones dispondrá el valor máximo del apoyo financiero conforme a los presupuestos presentados, sus estimaciones propias y/o de mercado y las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

V.- La presentación de la solicitud del apoyo financiero con la documentación que lo sustente, se presentará por la Mesa de Entradas, Salidas y Archivo de la Administración de Programas Especiales, la que procederá a verificar la documentación presentada sin evaluar su contenido, otorgándole número de expediente o, en su defecto, devolverá el trámite con el requerimiento de los faltantes.

En caso que el requerimiento de los faltantes o el pedido de aclaraciones de la Gerencia de Prestaciones no sea contestado en el término de treinta (30) días hábiles, se reiterará el pedido, otorgándose otros sesenta (60) días. En caso de no obtenerse respuesta a esta segunda instancia, se entenderá por desistida la petición, procediéndose a la caducidad del trámite, mediante acto resolutivo de la Administración de Programas Especiales.

VI.- La notificación del otorgamiento se efectuará en forma fehaciente al Agente de Salud. El Agente de Salud que autorice a un mandatario a recibir las notificaciones, deberá cumplimentar los requisitos establecidos en la Resolución N° 9486/03 - APE.

VII.- La liquidación y pago del subsidio se practicará por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente.

ANEXO II

NORMAS GENERALES

Los Agentes del Seguro de Salud, cuando requieran apoyo financiero con arreglo a la presente resolución, deberán cumplimentar las normas generales detalladas a continuación:

INCISO 1°.- HISTORIA CLINICA

El Agente del Seguro de Salud deberá presentar en cada solicitud, historia clínica del paciente confeccionada por el médico tratante, con indicación expresa de la práctica a realizar, debiendo estar auditada por el médico de Agente del Seguro de Salud, el que

autorizará la realización de la misma.

En caso de pacientes crónicos que demanden un tratamiento prolongado en el tiempo, el Agente de Salud deberá presentar la historia clínica completa en la primera presentación que realice. En las posteriores presentaciones para el mismo paciente beneficiario, deberá indicar el Expediente donde se encuentra la historia clínica completa, debiendo adjuntar sólo las actualizaciones de la misma.

INCISO 2°.- AUDITORIA

En todos los casos, la Administración de Programas Especiales se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.

INCISO 3°.- VALORES DE LA PRESTACION

La ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES financiará las prácticas, prótesis/órtesis, medicamentos y transplantes hasta el monto máximo que establezca la Gerencia de Prestaciones del Organismo.

Los valores que los Agentes de Seguro reciban como subsidio por las prácticas que estos efectúen tendrán carácter global y comprenderán los honorarios, gastos, insumos -(material descartable y medicamentos)- estudios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y cualquier otro procedimiento que esté incluido en la práctica, representando dichos valores el CIEN POR CIEN -(100%)- del gasto de la práctica, y no se contemplará reclamo alguno por elementos adicionales a los fijados en el monto global.

INCISO 4°.- REGISTRO DE PRESTADORES

Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a los Agentes del Seguro de Salud para las prácticas mencionadas en la presente resolución, deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, salvo que dicha inscripción no sea obligatoria para el prestador y/o proveedor. La Administración de Programas Especiales no dará curso a solicitudes en los que el prestador o prestadores no cumplimenten este requisito.

INCISO 5°.- MONTO A CARGO DEL AGENTE DEL SEGURO

Los apoyos financieros que se otorguen para dar cobertura a las prestaciones contempladas en los Anexos III y IV de la presente, cubrirán aquella parte del valor que supere el veinte por ciento (20%) del monto acordado por la Gerencia de Prestaciones de este Organismo, hasta un límite máximo de tres mil pesos (\$ 3.000.-), sean los prestadores públicos o privados, debiendo el Agente del Seguro atender con sus propios recursos las sumas que no excedan el monto indicado o bien hasta ese monto, cuando los valores sean superiores.

Esta franquicia estará suspendida mientras dure el término de la Emergencia Sanitaria dispuesta por el Decreto N° 486/2002 y prorrogada por los Decretos N° 2724/2002, N° 1210/2003 o el que lo disponga en el futuro y de acuerdo a las prescripciones y supuestos establecidos por la Resolución N° 783/03 -APE-.

INCISO 6°.- INFORME DE AUDITORIA MEDICA

El Informe de Auditoría Médica de las prestaciones, que como Anexo VIII forma parte de la presente Resolución, será efectuado por el Agente del Seguro al que pertenezca el beneficiario de acuerdo con los procedimientos que tenga implementados, pudiendo esta Administración supervisarlo por intermedio de sus profesionales o disponer que estos también la efectúen.

INCISO 7°.- CUMPLIMIENTO DE NORMATIVAS

Los Agentes del Seguro que soliciten apoyos financieros en las condiciones que fija la presente resolución, deberán cumplir estrictamente con las normas de otorgamiento.

INCISO 8°.- CONOCIMIENTO DE LA PRESENTE RESOLUCION

Los prestadores públicos y/o privados, y los proveedores que brinden las prestaciones enunciadas en el artículo 1° en base a un pedido de apoyo financiero sujeto a la presente resolución y/o perciban el pago por dicho concepto, tendrán por conocida y aceptada la presente resolución y sus anexos, debiendo prestar total colaboración, sin oposición, a la realización de las auditorías, y brindar información a los efectos de poder llevar a cabo estadísticas de evaluación de los beneficiarios que realice el Agente del Seguro. Para el caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones previstas en el artículo 42° y concordantes de la Ley 23.661 a cuyo fin la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES

extraerá testimonio y la remitirá a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

INCISO 9º. - DE LA RENDICION DE CUENTAS Y DE LA REVOCACION

En las rendiciones de cuentas por apoyos financieros otorgados con carácter de subsidio, los Agentes de Salud deberán ajustarse a las normas y procedimientos establecidos por la Resolución N° 7800/03 - APE.

INCISO 10º. - TRANSPLANTES

Cuando se trate de prácticas de transplante de órganos, los Agentes de Salud deberán tener especialmente en cuenta que:

-Los prestadores, sean públicos o privados, deberán estar habilitados por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI).

-Las solicitudes de cobertura de los pretransplantes y criopreservaciones se gestionan en el mismo expediente del pedido del transplante, aún cuando serán abonadas por única vez, una vez efectuado el transplante.

-El importe por la procuración del Organismo, según los valores expuestos en el Anexo V de la presente Resolución, será solicitado por el INCUCAI, u Organismo Regional, o Jurisdiccional, en caso de ser uno de éstos el actuante, y abonado al mismo por Tesorería de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES de acuerdo a los valores establecidos en la Resolución N° 31/97- INCUCAI. Cuando la procuración haya sido efectuada por un prestador distinto de los mencionados, la solicitud será incorporada por el Agente del Seguro al mismo expediente de la solicitud de transplante, y será abonada al Agente del Seguro, salvo el supuesto establecido en el inciso 11º del presente anexo.

-No se subsidiarán prácticas de trasplantes en el exterior. La necesidad de la excepción, de corresponder, será evaluada por la Gerencia de Prestaciones de la Administración de Programas Especiales para cada caso particular.

- En toda presentación relacionada con pretrasplantes o trasplantes se deberá adjuntar constancia fehaciente de que el paciente se encuentra incorporado en lista de espera oficial.

- Para los supuestos en que habiéndose efectuado las prácticas de pretrasplante y se hubiere producido el deceso del beneficiario, se admitirá la solicitud de apoyo financiero por el módulo citado, debiéndose acompañar a la petición el certificado de defunción y constancia de los estudios y/o prácticas realizadas.

- Los apoyos financieros respecto de pretrasplantes y trasplantes se liquidarán y abonarán una vez acreditada fundamentalmente la efectivización de la práctica, adjuntándose a la presentación el protocolo quirúrgico, certificado de implante e informe de auditoría.

INCISO 11º.- CISION DE DERECHO DE COBRO

El Agente de Salud podrá solicitar que se efectúen pagos directos a prestadores y/o proveedores por su cuenta y orden, asumiéndolos como propios.

Para el caso que el Agente de Salud solicitante decida ceder sus derechos a un prestador o proveedor sobre posibles futuros créditos que pudiese tener a su favor por los subsidios solicitados ante esta Administración de Programas Especiales, se compromete a cumplir los requisitos y condiciones establecidos en la Resolución N° 9486/03 - APE.

ANEXO III

PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES

- 1). Injertos de miembros con microcirugía.
- 2). Transplantes de médula ósea para casos de:
 - 2.1 Aplasia medular idiopática o adquirida no secundaria a invasión neoplásica.
 - 2.2 Tumores hemáticos (linfomas, leucemias).
 - 2.3 Mieloma múltiple.
 - 2.4 Otros, con informe previo de la Sociedad Científica.
- 3). Transplantes renales.
- 4). Transplantes cardíacos.
- 5). Transplantes cardiopulmonares.
- 6). Transplantes pulmonares.
- 7). Transplantes hepáticos.

- 8). Transplantes renopancreáticos
- 9). Transplantes de páncreas.
- 10). Transplante masivo de hueso para casos de:
 - 10.1 Cirugía de tumores óseos.
 - 10.2 Cirugía de malformaciones óseas congénitas.
- 11). Embolización selectiva de vasos, aplicación de coils y tratamiento por clipping de aneurismas cerebrales.
- 12). Radioneurocirugía cerebral.
- 13). Tratamientos de grandes quemados, de más del 10% de superficie corporal y hasta un monto máximo de \$ 1.500.- (mil quinientos) por día.

ANEXO IV

PROTESIS, ORTESIS Y MATERIAL DESCARTABLE

I.- PROTESIS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

1. Totales y parciales de caderas, cementadas y no cementadas.
2. Totales y parciales de rodilla, cementadas y no cementadas.
3. Materiales de estabilización de columna.
4. Materiales de osteosíntesis.

II.- MATERIALES DESCARTABLES CIRUGIA CARDIOVASCULAR

1. Materiales descartables para realizar cirugía cardiovascular con bomba de circulación extracorpórea.
2. Prótesis cardíacas, mecánicas y biológicas, monovalvas y bivalvas aórtica y mitral.
3. Parches cardíacos, biológicos y artificiales, para corregir defectos congénitos.
4. Prótesis arterial (rectas, bifurcadas y cónicas) biológicas y sintéticas.
5. Materiales descartables para prácticas endovasculares.
6. Stent coronarios, biliares y vasculares periféricos.

III.- CARDIODESFIBRILADORES

1. Mono y bicamerales, con electrodos epi o endocárdicos
2. Para pacientes con
 - a. Síndrome de Brugada
 - b. Episodios de muerte súbita por arritmia ventricular refractaria a los antiarrítmicos y fracción de eyección VI > del 20%, con EEF que demuestre inducción de arritmia ventricular sostenida con fallo de bomba.

IV.- PROTESIS PARA NEUROCIRUGIA

3. Sistema de derivación ventrículo peritoneal con reservorio. Drenaje lumbo-peritoneal.
4. Implantes cocleares. Las normas, requisitos y condiciones para acceder al subsidio se establecen en el Programa para el Otorgamiento de Subsidios por Implante de Prótesis Cocleares creado por la Resolución N° 1276/02 - APE.

V.- OTROS

1. Respirador externo de presión positivo - negativo.
2. Esfínteres urinarios externos.

ANEXO V

TRANSPLANTES

A los efectos del cumplimiento de lo determinado en el inciso 10°, Anexo II- de esta resolución, la Gerencia de Prestaciones de la Administración de Programas Especiales, procederá a la inclusión de los valores de los "Módulos de Organos Perfundidos" establecidos en el Anexo III, puntos 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° y 9°, enunciados precedentemente, conforme a las normas y valores modulares establecidos para la procuración de órganos, fijados en la Resolución N° 31/97 del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (I.N.C.U.C.A.I.) en cumplimiento de la Ley 24.193, su decreto reglamentario N° 512/95 y normas complementarias que regulan el arancelamiento de servicios prestados por dicho organismo.

MODULOS DE ORGANOS PERFUNDIDOS:

ORGANO	IMPORTE
Riñón y Uréter	\$ 1.800.-
Corazón	\$ 4.500.-
Corazón Pulmón	\$ 4.500.-
Pulmón	\$ 4.500.-
Hígado	\$ 4.500.-
Páncreas	\$ 4.500.-
Riñón y páncreas	\$ 4.500.-
Huesos	\$ 1.100.-

MODULOS DE OPERATIVOS TERRESTRE Y AEREO

Se reconoce el valor de los módulos de operativos terrestres y aéreos como valores autónomos a los mencionados precedentemente, siempre que sean facturados en forma independiente por el INCUCAI u Organismo Regional o Jurisdiccional hasta los importes previstos en el inciso g) del Anexo Unico de la Resolución N° 31/97.-INCUCAI-.

Valor Módulo Operativo Terrestre: Pesos cuatrocientos (\$ 400).

Valor Módulo Operativo Aéreo: prorrateo del importe de la factura de transporte aéreo entre todos los órganos procurados en dicho operativo. Por lo expuesto, en estos casos, tanto el INCUCAI como asimismo todos los organismos jurisdiccionales deberán presentar, junto con la demás documentación, copia de la facturación del transportador aéreo y listado de órganos procurados en el operativo.

MODULO DE PRE-TRANSPLANTE DE ORGANOS

ORGANO	IMPORTE
Riñón (hasta)	\$ 1.500.-
Corazón (hasta)	\$ 4.500.-
Corazón Pulmón (hasta)	\$ 4.500.-
Pulmón (hasta)	\$ 4.500.-
Hígado (hasta)	\$ 4.500.-
Riñón-Páncreas (hasta)	\$ 4.500.-

ANEXO VI

NORMAS PARA SUBSIDIOS POR MEDICAMENTOS

Las normas que por el presente se establecen no derogan los requisitos propios que deben cumplimentar los Agentes de Salud en sus solicitudes de apoyo financiero para prestaciones de alta complejidad o para tratamientos que demanden una cobertura prolongada en el tiempo, siendo sólo una ampliación de los mismos.

Los Agentes del Seguro de Salud podrán solicitar apoyos financieros para la cobertura de los medicamentos que a continuación se detallan:

1. Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente.

En los casos que así lo requieran se dará cobertura a la inducción en el peritransplante a través de un módulo especial cuyo valor será de hasta pesos treinta mil (\$ 30.000). Este módulo se abonará una sola vez por transplante.

2. Tratamiento de la enfermedad Fibroquística del Páncreas: Se financiará según los módulos que se detallan a continuación:

- Módulo 1: Corresponde a la cobertura de pacientes con requerimientos de enzima pancreática, aportes nutritivos adicionales (proteínas + grasas + carbohidratos) y vitaminas liposolubles.

Valor del módulo: hasta pesos mil (\$ 1.000.-) por mes de tratamiento. Se otorgarán exclusivamente por reintegro.

- Módulo 2: correspondiente a la cobertura de Tobramicina aerosolizada: para tratamiento

de las neumonías por pseudomonas aeruginosa.

Para las solicitudes contempladas en este módulo deberá incorporarse resultado del cultivo y antibiograma de esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial.

Valor del módulo: Hasta pesos nueve mil (\$ 9.000.-) por mes de tratamiento.

- Módulo 3: corresponde a la cobertura de rhDnasa humana. Valor del módulo: hasta pesos dos mil trescientos (\$ 2.300.-) por mes.

3. Materiales descartables, accesorios e insumos para la alimentación parenteral prolongada debidamente documentada (patologías no oncológicas).

4. Hormona del crecimiento.

Se reconocerá la cobertura del subsidio en los siguientes casos:

- 1) Déficit de la hormona.
- 2) Insuficiencia Renal Crónica.
- 3) Síndrome de Turner.
- 4) Síndrome de Prader Willi

No se reconocerá la cobertura del apoyo financiero solicitado en los siguientes casos:

- 1) Niños con baja estatura idiopática.
- 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten:
 - a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones.
 - b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento.
 - c) cierre de los cartílagos de crecimiento.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

- 1) Resumen de Historia Clínica.
 - 2) Nivel sérico de Hormona de Crecimiento.
 - 3) Estudio genético en el Síndrome de Turner y en el Síndrome de Prader Willi.
 - 5) Tabla de crecimiento pondo estatural.
 - 6) Edad ósea.
5. Cobertura farmacológica para la Enfermedad de Gaucher.

Se dará cobertura a través de los apoyos financieros solicitados por Imiglucerasa de acuerdo a las siguientes normas:

- 1) Enfermedad tipo I no neuropática del adulto con uno o más de los siguientes signos:
 - a) Trombocitopenia con tendencia al sangrado. Recuento de plaquetas menor a 120.000 x mm³.
 - b) Anemia moderada o severa luego de excluir otras deficiencias como falta de hierro. Hemoglobina: 1,0 g/dl debajo del límite inferior para sexo y edad.
 - c) Patología ósea luego de excluir otras causas como déficit de Vitamina D.
 - d) Evidencia radiológica de enfermedad esquelética más allá de la osteopenia y/o deformación de Erlenmeyer.
 - e) Enfermedad de Erlenmeyer (patología ósea característica) evaluada a través de RM o Rx femorales o de columna.
 - f) Hepatomegalia significativa (tamaño hepático más de 1,25 veces del valor normal - 1.750 cc, en adultos) y esplenomegalia (tamaño cinco veces o más mayor al valor normal - 875 cc en adultos).
- 2) Menores de 18 años con enfermedad tipo I.

No se dará cobertura a las solicitudes de apoyo financiero, por no ser clínicamente beneficiosa su utilización en los siguientes casos:

- 1) Pacientes con enfermedad de Gaucher Tipo II y III.
- 2) Portadores asintomáticos.
- 3) Utilización profiláctica en casos leves.

La información que deberá contener cada solicitud es la siguiente:

- a) Historia Clínica detallada con tipo de enfermedad (I, II o III).
- b) Exámenes de laboratorio (Hemograma completo, contaje de plaquetas).
- c) Informe radiológico.
- d) Confirmación de la patología mediante punción biopsia hepática y/o dosaje enzimático (beta-glucocebreosidasa u otras) y/o estudios genéticos.

6. Tratamiento de la Fenilcetonuria. Medicación y alimentación: debiéndose indicar el desarrollo ponderal y los parámetros psicosociales en la evaluación.

7. Interferón: en tratamiento de:

- Esclerosis Múltiple. Se dará cobertura de Interferón beta 1a-1b, según los siguientes criterios:

a) Criterios de Inclusión:

i) Forma Remitente Recidivante.

ii) Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.

b) Criterios de Exclusión:

i) Embarazadas.

ii) Pacientes sin requisitos clínicos e imagenológicos.

iii) Forma Secundaria Progresiva no activa.

iv) Forma Primaria Progresiva.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

a) Resumen de Historia Clínica, con Diagnóstico (forma clínica).

b) Informe de RMN con lesiones compatibles con EM

- Hepatitis Crónica por virus B o C: Se reconocerá Interferón alfa 2a - 2b - 2a pegilado.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en la primera solicitud de apoyo financiero será:

a) Resumen de Historia Clínica, con:

i) Biopsia hepática.

ii) Carga viral.

iii) Tipificación del virus.

En las subsiguientes corresponde solamente informar variación en la Carga Viral.

8. Copolímero para tratamiento de Esclerosis Múltiple, en iguales condiciones que el interferón.

9. Ribavirina para tratamiento de Hepatitis C, en las mismas condiciones que el Interferón.

10. Teicoplanina: Sólo se reconocerá cuando se utilice en infecciones a estafilococos meticilino resistentes. Debe presentarse en el expediente el cultivo y el antibiograma.

11. Factores Estimulantes de Colonias Granulocíticas: Se autorizará el apoyo financiero en tratamientos de neutropenias severas (menos de 1.000 neutrófilos por mm³) no secundarias a quimioterapia antineoplásica. Se requiere el envío por parte del Agente de Salud de los análisis bioquímicos que demuestren esta situación.

Los apoyos financieros se otorgarán por tratamiento, no por períodos preestablecidos. Cada nuevo período deberá estar avalado por resultados de laboratorio.

12. Riluzole: Se reconocerá para el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica. No se dará curso a los apoyos financieros para otras formas de enfermedad de la neurona motora.

Criterios:

1) Capacidad vital forzada mayor al sesenta por ciento (60%).

2) Sin traqueotomía.

Información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud de subsidio:

1) Historia Clínica completa.

2) Estado evolutivo actual del paciente.

3) Informe de capacidad vital forzada.

13. Análogos de la Somatostatina: Se reconocerán aquellas solicitudes que presenten Historia Clínica completa y estudios de laboratorio e imágenes de las siguientes patologías:

- síndrome carcinoide

- tumores hipofisarios productores de somatostatina

14. Tratamiento a demanda de la Hemofilia: El tratamiento se cubrirá con carácter de reintegro y cubrirá el cincuenta por ciento (50%) del valor de los factores utilizados en cada episodio hemorrágico, sin estipularse período de cobertura. Sin perjuicio de lo expuesto, Los Agentes del Seguro de Salud podrán solicitar apoyos financieros para cubrir el cincuenta por ciento (50%) del tratamiento con medicación antihemofílica con carácter de subsidio siempre y cuando se acredite, al momento de iniciar el trámite, el pago por parte del Agente del Seguro de Salud del porcentaje a su cargo. A los efectos de acreditar la

cancelación de la obligación que le incumbe, el Agente del Seguro de Salud solicitante deberá acompañar la factura correspondiente al total de la medicación solicitada y el recibo de pago del cincuenta por ciento (50%) de la misma.

Se reconocerán apoyos financieros en los siguientes casos:

- 1) Hemofilia tipo A: Déficit de factor VIII.
- 2) Hemofilia tipo B: Déficit de factor IX.
- 3) Enfermedad de Von Willebrandt: Déficit de factor VIII postergado.

La primera vez que se solicite un apoyo financiero por un paciente hemofílico, el Agente de Salud deberá incorporar certificación médica de tipo y gravedad de la hemofilia, emitido por médico especialista en hematología.

La información que deberá enviar el Agente de Salud en cada solicitud presentada ante esta Administración de programas Especiales será:

- a) Prescripción médica con diagnóstico del accidente tratado emitido por médico especialista en hematología o hemoterapia.
- b) Resumen de Historia Clínica con evolución del accidente.
- c) Cuadro apaisado.
- d) Facturas y recibos del proveedor de los factores.

15. Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia: Los apoyos financieros por este concepto serán tramitados en atención a lo establecido en el Programa de Cobertura de Factores de Coagulación para Pacientes bajo

Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia aprobado por Resolución N° 2048/03 - APE.

16. Tratamiento para drogadependientes, tanto en ambulatorio como en internación según Programa Aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación, y de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

- a.-) Consulta y orientación hasta pesos trece (\$ 13.-) por sesión; máximo seis (6) sesiones.
- b.-) Hospital de Día "Módulo de 4 hs." hasta pesos trescientos cincuenta (\$ 350.-) por mes.
- c.-) Hospital de Día "Módulo de 8 hs." hasta pesos seiscientos cincuenta (\$ 650.-) por mes.
- d.-) Hospital de Noche hasta pesos trescientos cincuenta (\$ 350.-) por mes.
- e.-) Internación psiquiátrica para desintoxicación, con terapéutica y medicación específica. "Modulo" de hasta pesos cincuenta (\$ 50.-) por día; máximo un (1) mes.
- f.-) Internación de "Comunidades Terapéuticas debidamente autorizadas. "Módulo" hasta pesos novecientos (\$ 900.-) por mes.

El tiempo total de tratamiento subsidiado, sumando las modalidades de los apartados b), c), d) y f), no podrá superar los treinta y seis (36) meses.

17. Tratamiento farmacológico para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH - SIDA) de acuerdo a lo establecido por la Resolución N° 475/02 - APE y sus modificatorias o las que en el futuro la modifiquen o suplanten.

Los pedidos de apoyos financieros del presente anexo, serán por un plazo máximo de seis (6) meses, siempre con la certificación del médico tratante y el aval del médico Auditor del Agente de Salud, pudiendo renovarse con un nuevo trámite iniciado ante esta Administración, previo cumplimiento de las disposiciones de la presente resolución y de las normas de los diferentes anexos que la componen.

En todos los casos, los informes de auditoría deberán contener droga, dosis, período de cobertura y dosis total. Las prescripciones deberán regirse según normas de la Ley 25.649 y Decreto 987/03.

Asimismo, deberán ser coincidentes con la prescripción médica del profesional actuante.

ANEXO VII

SOLICITUD DE REINTEGRO POR PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES

Cuando los Agentes del Seguro soliciten apoyos financieros en carácter de reintegro por la "Cobertura de Prestaciones Médico Asistenciales" deberán observar las prescripciones contempladas en el Anexo VIII de la Resolución 7800/03-APE.

Los trámites iniciados por los Agentes de Salud deberán dar cumplimiento al plazo contemplado en el artículo 2 de la Res. 0155/02-APE. Superado dicho término la Administración de Programas Especiales, no dará curso al pedido de reintegro.

Para las solicitudes de apoyo financiero por prestaciones brindadas por los Agentes del

Seguro a través de contratos de riesgo, deberá cumplirse con las prescripciones establecidas en la Resolución N° 999/03-APE.

ANEXO VIII

INFORME DE AUDITORIA

NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL
N° RNOS

DATOS DEL PACIENTE

Apellido:
Nombres:
DNI N°:

Edad:
Sexo:
N° de Afiliado:

DATOS DE LA PRESTACION

Tipo de práctica:
Profesional que la indica:

N° de matrícula

DATOS INSTITUCION DONDE SE REALIZO LA PRACTICA

Institución:

N° Reg. de Prestadores

Domicilio:

Teléfono:

DATOS DE LA INTERNACION

Fecha de ingreso:
Patología y prácticas realizadas:

Fecha de egreso:

Urgencia SI - NO

Complicaciones relacionadas con la Práctica y Procedimientos efectuados:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Derivación a otro establecimiento:

Destino y motivo:

Obito-causa:

Observaciones:

DATOS DEL INFORME Y DEL AUDITOR

Lugar y fecha

Apellido y Nombre de Auditor:

N° de matrícula:

Firma de la Autoridad del Establecimiento:

Firma del Auditor

Firma del responsable del área auditoria

No se aceptarán informes con campos no completados, tachaduras, raspaduras ni enmiendas (salvo que estén específicamente salvadas por el Auditor y Autoridad del Establecimiento), así como tampoco los que presenten evidencias de haber sido confeccionados en más de una sesión.

