

Carpeta N° 669.393/23.-

DISPOSICIÓN N° 51 /Ob.SBA/24

Buenos Aires, 22 ENE 2024

Visto las actuaciones N° 669.393/23; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante Disposición N° 691/Ob.SBA/23 se instrumentó la contratación que vincula a la Ob.SBA con la firma IMAGMED S.A. (Clínica Modelo Lanús), con vigencia del 01/11/2023 al 31/3/2024, para la prestación de servicios médicos asistenciales clínicos y quirúrgicos con destino a los afiliados de Ob.SBA;

Que, en el marco del convenio arriba señalado, la Secretaría de Asesoría Médica informa sobre la necesidad de instrumentar la contratación respecto de las prestaciones contenidas en el segmento Fondo Compensador incluidas en el Nomenclador Indicativo de Prestaciones de Alta Complejidad y Trasplante de Órganos aprobado mediante Resolución N° 2023-7297/GCABA/MHFGC; a cuyo efecto acompaña, a fs. 1/7, el Anexo de prestaciones moduladas con sus inclusiones y exclusiones y según valores establecidos por la Conducción Ejecutiva de Recursos Económicos – Financieros, conformados por el prestador, según constancias de fs. 8/9;

Que, bajo las premisas propuestas, la Dirección General de Compras y Contrataciones elabora proyecto de Contrato Fondo Compensador, que agrega sobre folio de fs. 10, que cuenta con Dictamen N° 666/CEAJ/23, sin observaciones, elaborado por la Conducción Ejecutiva de Asuntos Jurídicos, según copia obrante a fs. 12;

Que, en Reunión N° 371, de fecha 07/12/2023, atento a lo solicitado por la Secretaría de Asesoría Médica, en lo que refiere a la necesidad de instrumentar un Contrato Fondo Compensador con la firma IMAGMED S.A. (Clínica Modelo Lanús), la propuesta de readecuación de valores de las prestaciones presentada por la Conducción Ejecutiva de Recursos Económicos y Financieros, el Directorio resolvió aprobar el Proyecto de Contrato Fondo Compensador, que luce a fs.10, con vigencia a partir del 01/12/2023 y hasta el 31/03/2024;

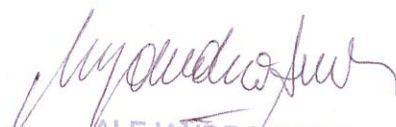
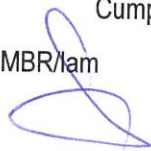
Que la Dirección General de Compras y Contrataciones bajo los lineamientos aprobados procede agregar tres ejemplares del mismo tenor suscriptos por el Prestador y el Sr. Presidente de la Obra Social;

Por ello, y en cumplimiento de las atribuciones conferidas en la Ley N° 472/00 (B.O.C.B.A. N° 1.025) y en virtud de la designación formalizada por Decreto N° 371/22, de fecha 10 de Noviembre de 2022 (B.O.C.B.A. N° 6501);

**EL DIRECTORIO DE LA
OBRA SOCIAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
DISPONE:**

- Art. 1º- Apruébese el Contrato Fondo Compensador suscripto entre la Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires y la firma IMAGMED S.A. (Clínica Modelo Lanús), con vigencia desde el 01/12/2023 y hasta el 31/03/2024, en un todo de acuerdo con las cláusulas del instrumento que a todos sus fines forma parte integrante de la presente.
- Art. 2º- Regístrese. Tome intervención la Dirección General de Compras y Contrataciones a sus efectos. Tomen conocimiento la Coordinación General Fondo Compensador, Conducción Ejecutiva de Recursos Económicos – Financieros; Dirección Contable, Sector Proveedores-Dirección de Tesorería, Conducción Ejecutiva de Prestaciones Médicas, Coordinación General Fondo Compensador, Conducción Ejecutiva de Sistemas, Modernización y Estadísticas, Conducción Ejecutiva de Derivación y Auditoría y la Sindicatura del Organismo. Cumplido; archívese. -

MBR/lam



ALEJANDRO AMOR
PRESIDENTE
OBRA SOCIAL CIUDAD DE BUENOS AIRES

Carpeta N° 669.393/23. -

CONTRATO FONDO COMPENSADOR

Entre la **Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires (CUIT N° 30-99927011-1)**, en adelante denominada "Ob.SBA" con domicilio en la Av. Rivadavia 6082, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representada para este acto por el Sr. Presidente Dr. Ángel Armando Alejandro Amor (DNI 14.455.844), quien cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente, en cumplimiento de la Ley 472/00, y en virtud de la designación formalizada por Decreto N° 371/22 (B.O. 6501), por una parte; y por otra parte, **IMAGMED S.A. (CUIT 33-70725305-9)**, en adelante EL PRESTADOR, representada en este acto por su Apoderada Lic. María Fernanda Von Wulffen (DNI 11.897.423), con domicilio legal en Avenida Callao 1175, Piso 3° A, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, conjuntamente denominadas como LAS PARTES, acuerdan suscribir el presente contrato, sujeto a las siguientes cláusulas.-----

ANTECEDENTES:

Que en Reunión N° 371, de fecha 07/12/2023, atento a lo solicitado por la Secretaría de Asesoría Médica, en lo que refiere a la necesidad de instrumentar un contrato de Fondo Compensador con la firma IMADMED S.A. Clínica Modelo Lanús), la propuesta de readecuación de valores de las prestaciones presentada por la Conducción Ejecutiva de Recursos Económicos y Financieros, el Directorio resolvió aprobar lo siguiente: -----

- El Proyecto de Contrato Fondo Compensador, que luce a fs.10. -----
- El Proyecto de Addenda, que luce a fs. 11. -----
- Vigencia de la contratación a partir del 01/12/2023 y hasta el 31/03/2024. -----

Atento ello se conviene: -----

PRIMERA: Objeto.

EL PRESTADOR se obliga a brindar a los afiliados de Ob.SBA los servicios médico- asistenciales, clínica y quirúrgica de las prestaciones, con todas las prácticas complementarias que se detallan en el ANEXO I – Nomenclador Indicativo de Prestaciones de Alta Complejidad y Trasplantes de Órganos, que se corresponden con la Resolución N° 2023-7297/GCABA/MHFGC, en cuanto sean necesarias para la correcta atención del paciente, sin poder abstenerse de brindar las prestaciones del servicio contratado y en contraprestación, el Fondo Compensador creado por D.N.U. N° 1721/97 abonará a través del Banco Ciudad el 80% del valor de la práctica con los topes máximos incluidos en el ANEXO – NOMENCLADOR DE PRESTACIONES FONDO COMPENSADOR que forma parte de la mencionada Resolución; y Ob.SBA abonará el 20% restante.-----

Este acuerdo sólo comprende todas las prestaciones expresamente incluidas, no abarcando prestaciones no mencionadas o descriptas. -----

Forman parte integrante del presente CONTRATO los siguientes anexos: -----

ANEXO I: NOMENCLADOR INDICATIVO DE PRESTACIONES FONDO COMPENSADOR. -----

ANEXO II: MANUAL PRE-LIQUIDACIÓN. -----

ANEXO III: DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA AUTORIZACION DE PRESTACIONES A TRAVES DEL FONDO COMPENSADOR. -----

ANEXO IV: NORMAS OPERATIVAS Ob.SBA Y FONDO COMPENSADOR. -----

SEGUNDA: Validación.

Es obligación de EL PRESTADOR tener instalado un sistema de validación "on line" (postnet o Internet mediante la utilización de un Web POS que permita la validación de una credencial de afiliado en una aplicación sobre plataforma web) a los efectos de validar la afiliación del paciente y el servicio médico asistencial brindado (compuesto por cada una de las prestaciones incluidas en el Anexo I). -----

La acreditación del carácter de afiliado a la Ob.SBA, para la admisión como paciente, se efectuará mediante la presentación de los siguientes instrumentos, respetando lo estipulado en la cláusula NOVENA:

- Credencial física/digital de Afiliación Vigente. -----
- Documento Nacional de Identidad. -----

Contrato Fondo Compensador – IMAGMED S.A. (Clínica Modelo Lanús)

ANGEL ARMANDO AMOR
PRESIDENTE
OBRA SOCIAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

IMAGMED S.A.
Lic. Fernanda Von Wulffen
APODERADA

En el supuesto caso que quien invoque la calidad de afiliado no acredite su condición de tal mediante la presentación de la totalidad de los instrumentos precedentemente enumerados, EL PRESTADOR cumplirá la prestación que el caso exija dando cuenta en forma inmediata al Centro Único de Derivación y Auditoría (C.U.D.A.), tel.: 0800-999-8560/ 4982-2718/2172 sobre la deficiencia de acreditación verificada, informando los datos personales y documento de identidad de quien solicitó la consulta, a fin que Ob.SBA realice las diligencias que resulten necesarias para clarificar la situación o condición de revista de la persona involucrada.-----

TERCERA: Plazo de la Contratación.

El presente contrato tendrá vigencia **a partir del 01/12/2023 y hasta el 31/03/2024**, pudiéndose renovar por acto expreso entre las partes. -----

El Contrato podrá ser rescindido por cualquiera de LAS PARTES, en cualquier momento de la relación contractual sin expresión de causa, sin que ello dé derecho a indemnización alguna, debiendo notificar a la otra parte en forma fehaciente con treinta (30) días hábiles de antelación, quedando LAS PARTES obligadas a seguir brindando las prestaciones durante dicho plazo. Superado dicho plazo, EL PRESTADOR cesará en forma automática la prestación de los servicios, siendo responsabilidad de Ob.SBA la atención de sus afiliados. -----

El presente contrato deber ser aprobado por el órgano competente y será válido a partir la firma del Acto Administrativo que lo apruebe. -----

CUARTA: Precio - Obligaciones Impositivas.

EL ANEXO I – Nomenclador Indicativo de prestaciones de Alta Complejidad y Trasplantes de Órganos, ha sido debidamente aprobado por Ob.SBA y la Coordinación General del Fondo Compensador y Plan Superador; en el marco de lo dispuesto en la Resolución N° 2023-7297/GCABA/MHFGC. -----

Los valores establecidos en el Anexo I referido *ut supra* mantienen su vigencia por todo el lapso contractual, sin posibilidad de ser modificados unilateralmente por alguna de LAS PARTES. -----

Las obligaciones de pago por las provisiones objeto del presente contrato se efectuarán en los plazos y bajo la modalidad prevista en los siguientes incisos:

- a) Por las prestaciones establecidas en el ANEXO I, el Fondo Compensador abonará el ochenta por ciento (80%) a través del Banco Ciudad hasta el monto máximo determinado en la Resolución N° 2023-7297/GCABA/MHFGC, según corresponda, y el veinte por ciento (20%) restante, o las diferencias resultantes, serán abonadas por Ob.SBA. -----

Conforme lo dispuesto en el Decreto N° 1721/97 y sus modificatorias: Resoluciones N° 867/MHGC/14, 1058/MHGC/14, 1960/MHGC/14, 1107/MHGC/15, 1191/MHGC/15, 2023-7297/GCABA/MHFGC y/o las que en el futuro las reemplacen o modifiquen, el plazo de pago a cargo del Fondo Compensador será de cuarenta y cinco (45) días corridos de recibida la facturación y el plazo de pago por las diferencias a cargo de Ob.SBA será dentro de los sesenta (60) días contados desde la presentación de la facturación.

El Banco Ciudad abonará los montos correspondientes al Fondo Compensador con cheque a la orden de EL PRESTADOR o transferencia en la cuenta bancaria que a continuación se detalla: -----

NOMBRE DEL TITULAR: -----

BANCO: -----

SUCURSAL: -----

NUMERO DE CUENTA: -----

CBU: -----

TIPO DE CUENTA: -----

CUIT: -----

- b) Se deja constancia que en materia impositiva ambas partes quedarán sujetas a lo que dispongan los Entes Fiscalizadores en Jurisdicción Nacional, Provincial, Municipal o Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en materia de retención en la fuente. -----

QUINTA: De la Facturación. Presentación. -

La presentación de la facturación se efectuará dentro de los DIEZ (10) primeros días del mes posterior al mes de la provisión, según la modalidad de liquidación que corresponda. EL PRESTADOR presentará una factura por cada afiliado /provisión /prestación realizada, siendo esta condición un requisito excluyente para su correcta liquidación y pago. -----

Todo el contenido de la mencionada facturación deberá estar foliado. -----

Dicha presentación deberá ser canalizada mediante el PORTAL DE GESTIÓN DE CARPETA DIGITAL Ob.SBA, a través del link: <https://portal.dguiaf-gcba.gov.ar>, y envío de e-mail con el número de trámite generado a: facturacion.fondocompensador@gmail.com -----

La facturación deberá estar acompañada de la documentación descrita en el ANEXO III y IV. -----

EL PRESTADOR estará sometido al control y auditoria de la Ob.SBA. -conforme las facultades establecidas en el presente contrato y la normativa vigente y en las normas que en consecuencia se dictaren- en todo lo atinente al control auditoria técnica, fiscalización y régimen disciplinario, con el fin de fiscalizar y verificar la calidad del servicio prestado a los afiliados y el cumplimiento de las obligaciones a su cargo. EL PRESTADOR deberá suministrar y/o exhibir toda la documentación y/o colaboración que le sea requerida para la consecución de tales fines. -----

Asimismo, Ob.SBA podrá ordenar auditorias conjuntas con EL PRESTADOR en todo asunto relacionado a la ejecución y control de las prestaciones incluidas en el presente contrato. -----

Ob.SBA ejercerá las facultades referidas a los derechos de sus beneficiarios y, en consecuencia, supervisará el estricto cumplimiento por parte de EL PRESTADOR del nivel, calidad y alcances de la cobertura en las prestaciones a su cargo conforme con lo establecido en el presente contrato y en la normativa vigente. -----

Las facultades de Ob.SBA serán de plena aceptación por parte de EL PRESTADOR, sus representantes, integrantes, prestadores, efectores y proveedores. Dichas facultades deben ser entendidas en sentido amplio. -----

SEXTA: PLEXO NORMATIVO.

EL PRESTADOR manifiesta aceptar y conocer el contenido del plexo normativo: Decreto N° 1721/GCBA/97 y sus normativas complementarias, concordantes y modificatorias (Resoluciones N° 867 / 1058/14 / 1960/14 / 1107/15 / 1191/15, 2023-7297/GCABA/MHFGC o las que en el futuro las modifiquen o reemplacen). ----

A efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 1° de la Resolución N° 1107/MHGC/15 (modificatoria del Art. 4° de la Resolución N° 867/MHCABA/14, EL PRESTADOR brinda conformidad a los procedimientos establecidos en el Nomenclador de Prestaciones de Fondo Compensador, conforme ANEXO III y IV. -----

SEPTIMA: Sede de Atención.

Las prácticas a la que se obliga EL PRESTADOR se realizarán en: CLINICA MODELO DE LANUS ubicado en la calle Hipólito Yrigoyen 4835, Lanús Oeste, Provincia de Buenos Aires, TE: 4229-6000. -----

OCTAVA: Carácter de la Prestación - Eventual Incumplimiento - No Interrupción del servicio - Fijación de Instancias Conciliatorias.

Atento la naturaleza de las prestaciones objeto del contrato, EL PRESTADOR se obliga expresamente, en el supuesto de que exista un incumplimiento contractual por parte de la Ob.SBA fehacientemente determinado, a no interrumpir el servicio por un plazo de treinta (30) días hábiles, durante el cual se buscarán las instancias extrajudiciales y/o conciliatorias para la solución del conflicto, sin que ello importe renuncia alguna a los derechos que pudiera corresponderle a EL PRESTADOR con respecto a Ob.SBA. -----

Vencido dicho plazo, sin que las partes arriben a la solución del conflicto, EL PRESTADOR podrá suspender los servicios y/o rescindir el presente contrato. -----

NOVENA: Requisitos para la atención de los afiliados.

Para la atención de los afiliados se requerirán los siguientes instrumentos:

- Carnet de afiliación/ credencial digital. -----

- Documento de Identidad. -----
- Derivación de la Obra Social, y previo a realizar alguna de las prestaciones del ANEXO I: pre-autorización tramitada por la Coordinación General del Fondo Compensador y conforme requisitos previstos en ANEXO III y ANEXO IV.-----

DÉCIMA: Prohibición de Plus, Co-seguro y/o Co-pago.

En ningún caso y bajo ningún pretexto EL PRESTADOR -o sus prestadores y/o efectores- podrán solicitar y/o reclamar a los beneficiarios el pago de suma alguna como condición de la realización de la prestación o de cualquier otro concepto. -----

De percibir EL PRESTADOR o los profesionales a su cargo suma de dinero por parte de los afiliados y/o beneficiarios, cualquiera que sea el concepto o denominación que se le asigne, será considerado un incumplimiento grave al contrato pudiendo Ob.SBA, en tal supuesto, disponer la resolución por culpa exclusiva de EL PRESTADOR, ejercitándose las acciones legales que resulten pertinentes; o la aplicación de multas conforme Cláusula Décima Segunda, inc. h) y debito de los importes que hubiere tenido que afrontar el beneficiario afiliado de la facturación pendiente o futura de pago de EL PRESTADOR. -----

DÉCIMA PRIMERA: Otorgamiento de Turnos – Requerimiento de Prótesis o insumos para prestaciones previstas en el Anexo I.

EL PRESTADOR se compromete a la Atención programada de los afiliados y sólo atenderá pacientes derivados desde Ob.SBA en la medida de su capacidad operativa. -----

EL PRESTADOR se compromete a indicar o prescribir prótesis o insumos de acuerdo al Vademécum de Prótesis Ob.SBA 2017/2018, que fueran necesarios para la correcta atención del paciente, y para su utilización en las prácticas y/o prestaciones expresamente previstas en el ANEXO I. Los mismos serán ser provistos por Ob.SBA, acorde a las características técnicas requeridas por el médico tratante, en un plazo no menor a cuarenta y ocho (48) horas previas a la internación del paciente. La Obra Social solo cubrirá las prótesis/ ortesis de origen nacional reconociendo como excepción la cobertura de productos importados cuando no existiere alternativa de origen nacional en el mercado. -----

Los elementos entregados deberán, asimismo, encontrarse validados por el ANMAT. En el presente acto se hace entrega a EL PRESTADOR de una copia del mencionado Vademécum, sirviendo el presente de recibo suficiente.

DÉCIMA SEGUNDA: Obligaciones a Cargo del Prestador - Régimen de Responsabilidades.

EL PRESTADOR deberá contar con la inscripción de la Superintendencia de Servicios de Salud. Deberá presentar el listado de los profesionales que integran los equipos multidisciplinares. -----

EL PRESTADOR estará sujeto al régimen de obligaciones, responsabilidad y sanciones que se establece a continuación. Toda sanción debe estar debidamente comprobada y acreditada por parte del Área de Auditoría Médica, y su valorización económica estará a cargo del área pertinente, la cual deberá aconsejar al Área Prestacional el monto o porcentaje a debitar de la facturación del PRESTADOR de acuerdo a la gravedad o reiteración del incumplimiento acreditado y sin perjuicio de los daños y perjuicios que pudieran derivarse de la gravedad o incumplimiento acreditado. -----

a).- Falta de higiene en lugares de atención; Deficiencias de Seguridad: Detectado cualquier incumplimiento de las disposiciones en materia de bio seguridad, higiene y seguridad, de residuos patológicos u otras anomalías que resulten potencialmente riesgosas para la integridad psicofísica de los afiliados, Ob.SBA intimará a su regularización en un plazo no superior a cuarenta y ocho (48) horas. De no subsanarse la deficiencia fehacientemente acreditada, Ob.SBA podrá resolver el presente contrato con causa. -----

b).- Forma y Dominio de las Historias Clínicas - Entrega de Copias: Atento a la naturaleza de la prestación objeto de este contrato, será de aplicación lo normado en la Ley N° 26529 referente a los Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.-----

c).- Garantía de Indemnidad: EL PRESTADOR se obliga a mantener indemne a Ob.SBA ante cualquier reclamo derivado del cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones que asume a través del presente; ya sean estos reclamos derivados por acciones administrativas, extrajudiciales y/o judiciales, contratistas y/o

subcontratistas de quienes se sirva o se hubiere servido, en forma permanente u ocasional para el cumplimiento de la prestaciones objeto del presente contrato; como también respecto de cualquier reclamo que efectúen terceros EL PRESTADOR deberá hacer constar en las contrataciones que celebre a los fines del cumplimiento de la prestación a su cargo, que Ob.SBA en ningún caso será responsable por las consecuencias jurídicas (incluidos gastos causídicos) y patrimoniales derivadas de tales contratos, debiendo hacerse constar la renuncia expresa de los co-contratantes de EL PRESTADOR a dirigir reclamaciones administrativas, extrajudiciales y/o judiciales con la Ob.SBA.-----

d).- Responsabilidad Por Daños - Contratación y Acreditación de Seguros que amparen el Riesgo de "Mala Praxis Médica": EL PRESTADOR será exclusiva e íntegramente responsable por las consecuencias jurídicas y patrimoniales de naturaleza contractual y extra contractual derivadas de la ejecución de la prestación que se obliga a cumplir, como también por los actos y/u omisiones en que incurran los profesionales, técnicos y/o personal administrativo de apoyo con motivo o en ocasión del cumplimiento de la prestación objeto de este Contrato, cualquiera sea la naturaleza y alcance de la relación jurídica que vincule a los referidos profesionales, técnicos y personal con EL PRESTADOR.--

La responsabilidad indicada comprende también los eventos dañosos que pudieran afectar a los afiliados a Ob.SBA por deficiencias, roturas y/o desperfectos producidos en los edificios y equipos de los que se sirva EL PRESTADOR para el cumplimiento de la obligación a su cargo. -----

Por la responsabilidad establecida en esta cláusula, más allá de la subjetiva por el obrar propio que asuma el profesional interviniente, EL PRESTADOR declara asumir en forma conjunta y solidaria con el agente provocador del daño, la objetiva (Art. 1757 y concordantes del Código Civil) por el evento dañoso acaecido. -----

EL PRESTADOR deberá acreditar ante Ob.SBA, dentro de los diez (10) hábiles de formalizado el presente contrato, la contratación de los seguros de Responsabilidad Civil-Contractual y Extra contractual y de Mala Praxis destinadas a amparar los riesgos aludidos en el punto que antecede, acompañando al efecto copia certificada de las pólizas de seguro y de las constancias de pago respectivas y un detalle que indicara: profesional asegurado; compañía de seguros; número de póliza; riesgos cubiertos y monto; vigencia de la póliza y exclusiones al deber de indemnidad. -----

De producirse un fallo judicial definitivo contrario a los intereses de Ob.SBA que la condenara en forma concurrente con el PRESTADOR, por un acto y/u omisión culpable de esta última, y de trabarse una medida precautoria y/o definitiva EL PRESTADOR, más allá del contrato de seguro que hubiera perfeccionado tal como se obligará, deberá, en forma inmediata a la traba y para evitar el progreso efectivo de tal medida cautelar en el patrimonio de la Ob.SBA a contratar un seguro de caución que garantice en forma suficiente el monto de dinero de dicha medida cautelar o definitiva, obligándose también a presentar tal póliza ante el Magistrado interviniente y acreditarlo ante Ob.SBA dentro de las setenta y dos (72) horas de efectuado. En dichas pólizas deberá incluirse como co-asegurado a la Ob.SBA pero asumiendo EL PRESTADOR todas las obligaciones que correspondan al asegurado y contenidas en las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro, situación que deberá constar específicamente en las condiciones particulares del contrato de seguro. -----

Las contrataciones de los seguros indicados, no exime a EL PRESTADOR de responsabilidad ni la limitara, como así tampoco mermara las obligaciones a su cargo y la consecuente reparación de las eventuales consecuencias jurídicas y patrimoniales que constituyen el riesgo asegurado, respecto de las cuales se obliga a responder solidariamente. Como así también deberá responder EL PRESTADOR ante Ob.SBA de comprobarse un agravamiento del riesgo por cuyo efecto la Aseguradora no debería responder en su deber de indemnidad. ----

Ante el incumplimiento por parte de EL PRESTADOR de lo aquí estipulado, Ob.SBA exigirá la acreditación de la contratación de los seguros con el alcance referido en un término perentorio no superior a setenta y dos horas (72). Si transcurrido este no se hubiese dado satisfacción a la exigencia, EL PRESTADOR quedara incurso en incumplimiento grave del contrato, quedando facultada Ob.SBA a resolver el Contrato por culpa de EL PRESTADOR, ejecutar la garantía de cumplimiento y ejercitar las acciones legales pertinentes. -----

EL PRESTADOR se obliga especialmente en el momento de la contratación de los seguros, a tomar debida cuenta que, tanto las condiciones generales y particulares de las pólizas contengan en forma clara y precisa el respeto hacia lo dispuesto en la Ley N° 20.091. Tomando atención ambas partes, la preeminencia que posee la

demostración de culpabilidad en sede penal sobre la decisión que pudiere adoptar el magistrado civil en el análisis y fallo de este último, el contrato de seguro deberá prever la asistencia por parte de esta última, al profesional denunciado y/o querellado y/o demandado civil en la asistencia y defensa penal. De no prever el contrato de seguro tal circunstancia, EL PRESTADOR asume íntegramente el proveer a la defensa y hacerse cargo de todos los gastos causídicos incluidos el de honorarios profesionales. -----

En el supuesto que esta Obra Social fuera intimada extrajudicialmente y/o demandada judicialmente, por un reclamo de daños y perjuicio, EL PRESTADOR deberá en el plazo de veinticuatro horas (24 hs.) de efectuado en forma fehaciente el reclamo de la Ob.SBA enviar al Área legal de esta última, fotocopia debidamente certificada por notario público de la Historia Clínica del reclamante y/o de quien en representación actuare por este último. Todo ello bajo apercibimiento de resolverse el contrato por culpa del PRESTADOR, y del resarcimiento de daños y perjuicios que se pudieren causar a la Ob.SBA, los que una vez acreditados fehacientemente en cuanto a su existencia y monto podrán ser descontados de la Garantía de Cumplimiento o de la facturación pendiente y futura de pago. -----

e).- Profesionales y Personal Afectado Por El Prestador - Su Carácter de Dependiente de este Último:

Los profesionales médicos; profesionales técnicos; auxiliares; asistentes; personal administrativo del que se sirva EL PRESTADOR para el cumplimiento de las obligaciones que asume –cualquiera sea la modalidad y naturaleza contractual de la vinculación-, en ningún caso podrá ser considerado como personal dependiente de Ob.SBA.-----

EL PRESTADOR asume en forma íntegra y exclusiva las consecuencias jurídicas y patrimoniales que puedan derivarse de los reclamos administrativos, judiciales y extrajudiciales que efectúen los profesionales y el personal referido; debiendo mantener indemne a Ob.SBA por dichas consecuencias. -----

En caso que Ob.SBA resulte solidariamente demandada por reclamaciones de la naturaleza de las indicadas, EL PRESTADOR se obliga asumir los costos de su defensa y a reintegrarle, en el plazo de 48 horas de intimada, cualquier suma que Ob.SBA se vea obligada a abonar. De no reintegrarse la suma señalada en el plazo previsto, Ob.SBA procederá a debitarla de las facturaciones pendientes y futuras de EL PRESTADOR. -----

El incumplimiento de la presente obligación por parte de EL PRESTADOR, dará derecho a Ob.SBA a resolver el contrato, ejercitar las acciones legales que estime adecuadas, y a descontar los daños ocasionados de la Garantía de Cumplimiento o facturaciones pendientes y futuras por los importes que hubiere tenido que afrontar Ob.SBA. -----

f).- Denuncia de Deficiente Atención Médica - Auditoria en Terreno - Actos Omisivos:

De verificarse fehacientemente un caso de mala praxis, abandono en la atención de afiliados, medie o no exposición a riesgos ciertos o potenciales para la salud de aquellos, Ob.SBA podrá rescindir el contrato con justa causa.-----

La Ob.SBA, a través de su Área de Auditoria Médica o de Auditorías Externas autorizadas por Ob.SBA, efectuará las auditorias en terreno que considere pertinentes para la supervisión sobre las prestaciones, y/o profesionales médicos de los que se sirva EL PRESTADOR. En caso que EL PRESTADOR no facilitase u obstaculizara la realización de la supervisión o no brindare la información o documentación que se le solicite, o falsease la información estadística epidemiológica remitida, la Ob.SBA podrá intimar a EL PRESTADOR para que en el plazo de cuarenta y ocho horas (48 hs.) cesen los obstáculos para la realización de la supervisión y/o se corrijan las informaciones incorrectas. En caso de verificarse la falta injustificada de la prestación de los servicios por parte de EL PRESTADOR o de una prestación inadecuada de las mismas, Ob.SBA podrá sin perjuicio de la aplicación de las sanciones que correspondan, obtener la debida prestación de que se trate, por parte de un tercero, efectuándole el cargo pecuniario a EL PRESTADOR sobre la facturación pendiente y futura de pago o de la Garantía de Cumplimiento.-----

g).- Documentación - presentación y copia: EL PRESTADOR quedará obligado a cumplimentar, en un plazo de 30 días de firmado el presente contrato, la documentación avalatoria de estilo sin perjuicio de ello también ante la solicitud de las autoridades de Ob.SBA para la regularización del registro de Prestadores y/o Proveedores de la Ob.SBA, y/o por pedido judicial.-----

Por el supuesto incumplimiento y falta de acreditación en legal tiempo de los extremos así previstos, de persistir el incumplimiento, Ob.SBA queda facultado a rescindir el presente contrato con causa, sin necesidad de interpelación alguna. En tal supuesto por culpa de EL PRESTADOR y siendo este responsable por los daños y perjuicios ocasionados a la Ob.SBA y sus afiliados. -----

h).- Monto Multas: Por los incumplimientos mencionados en los inc. a) y f) de la presente cláusula, Ob.SBA podrá aplicar una multa equivalente entre el 1 al 5 % de la facturación mensual, según la gravedad del hecho.-----
La inobservancia por parte de EL PRESTADOR de los procedimientos previstos en la presente facultará al Fondo Compensador – Banco Ciudad – y Ob.SBA, según corresponda, a realizar los débitos pertinentes. -----

DÉCIMA TERCERA: Prohibición de Ceder.

Para la celebración de este contrato, la Ob.SBA ha tenido en cuenta la calidad profesional y antecedentes del PRESTADOR, por tal motivo, este último no podrá ceder; ni total ni parcialmente; los derechos y obligaciones emergentes de este contrato. Asimismo, queda expresamente prohibida la cesión de las facturas emitidas por el PRESTADOR. EL PRESTADOR se obliga a consignar al pie de la factura que presenta, una leyenda haciendo constar la referida prohibición: "La presente factura no podrá ser cedida a terceros". -----

DÉCIMA CUARTA: Mora.

EL PRESTADOR manifiesta conocer y aceptar la vigencia de la Disposición N° 495/IMOS/92 y en consecuencia presta desde ya conformidad a su aplicación en el ámbito de este contrato, quedando sujeto todo supuesto de mora al tope de un interés equivalente al 50% sin capitalización de la tasa activa a treinta (30) días de descuento de documentos que publica el Banco de la Nación Argentina. -----

Será de aplicación en el presente convenio el Reglamento de Compras y Contrataciones de la Ob.SBA y en caso de discrepancia, se resolverá aplicando el orden de prelación establecido en el artículo 5 de dicho Reglamento.---

DÉCIMA QUINTA: Caso Fortuito o Fuerza Mayor.

En el supuesto de sobrevenir circunstancias que, conforme la caracterización consignada en el Art. 1730 y concordantes del Código Civil Argentino, puedan reputarse como caso fortuito o fuerza mayor, que estando fuera del control de las partes, sean imprevisibles o de ser previsibles sean inevitables y que surjan con posterioridad a la fecha de este contrato que impidan o demoren total o parcialmente a EL PRESTADOR el cumplimiento de las prestaciones a su cargo, éste deberá notificar por medio fehaciente a Ob.SBA la producción del acontecimiento imprevisto dentro de las veinte y cuatro (24) horas siguientes a su producción; debiendo consignar en la notificación si el evento le impide cumplir la obligación asumida en forma total o parcial; si el impedimento es definitivo o transitorio y, en este último caso, el tiempo estimado en que cesará. Asimismo, EL PRESTADOR deberá poner a disposición de la Ob.SBA la totalidad de las probanzas que acrediten la producción del evento y sus consecuencias. -----

En el supuesto que el caso fortuito o fuerza mayor impida a EL PRESTADOR retomar el cumplimiento de las prestaciones a su cargo por un plazo mayor de siete (7) días corridos, la Ob.SBA queda facultada a considerar extinguido el Contrato por las causales invocadas por EL PRESTADOR, sin que ello de derecho a ésta a indemnizaciones, reparaciones o compensaciones de ninguna naturaleza. -----

No serán considerados supuestos de caso fortuito o fuerza mayor: las deficiencias, roturas o reemplazo del equipamiento afectado a la realización de prácticas de diagnóstico; la falta de personal -administrativo o profesional-; las medidas de fuerza que adopte el personal, dependiente o no, de EL PRESTADOR, como huelgas, paros, quites de colaboración; las rescisiones o resoluciones de contratos celebrados por EL PRESTADOR con terceros para el cumplimiento de la prestación a su cargo.-----

DÉCIMA SEXTA: Resolución Con Causa - Opción Rescisoria Mantenimiento de la Prestación.

Serán causas habilitantes para la resolución del contrato, las que serán consideradas por culpa exclusiva de EL PRESTADOR, las siguientes: -----

- a) La cesión total o parcial del presente Contrato por parte de EL PRESTADOR. -----

- b) El caso fortuito o fuerza mayor que, invocado por EL PRESTADOR, no sea debidamente acreditado por ésta o que, acreditado, impida en forma permanente a EL PRESTADOR el cumplimiento de la prestación comprometida. -----
- c) La verificación de los incumplimientos descritos en la cláusula Décima Segunda, salvo aquellos que, a criterio de Ob.SBA, puedan ser susceptibles de subsanación, sin perjuicio de la aplicación de las sanciones pecuniarias previstas en la cláusula indicada y por los daños y perjuicios irrogados. -----
- d) La reiteración de incumplimientos de la prestación por parte de EL PRESTADOR; hayan o no sido pasibles de las sanciones previstas en la cláusula Décima Segunda.- La enumeración que antecede no es taxativa, sino meramente enunciativa, consecuentemente este Contrato podrá ser resuelto por Ob.SBA en cualquier caso en que EL PRESTADOR incurra en incumplimientos de las obligaciones que asume, susceptibles de provocar interrupciones en la prestación del servicio médico asistencial, afectar la calidad o integralidad de tal servicio, colocar en situaciones de riesgo psicofísico los afiliados a Ob.SBA por deficiencias en las prácticas médicas, en los diagnósticos o deficiencias en el equipamiento o materiales de que se sirve EL PRESTADOR para el cumplimiento del Objeto de este Contrato.-----

DÉCIMA SEPTIMA: Constitución y Monto de la Garantía de Cumplimiento.

En garantía del fiel e íntegro cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente convenio, EL PRESTADOR se obliga dentro de veinte (20) días corridos de firmado el presente, a presentar la Garantía de Cumplimiento por un valor de diez (10%) por ciento de lo facturado en los últimos doce (12) meses. -----

La constitución de la garantía podrá ser realizada mediante seguro de caución o depósito en dinero, en la Tesorería Central de la Ob.SBA. De elegirse esta última alternativa, la suma depositada no devengará interés alguno ni se le reconocerá actualización de ninguna índole. -----

De constituirse mediante la contratación de una póliza de seguro de caución, ésta deberá ser emitida por una de las diez (10) primeras compañías aseguradoras del ranking de solvencia económico-financiero elaborado por la Superintendencia de Seguros de la Nación, con giro comercial y domicilio legal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. -----

De no ser cumplimentada dicha garantía, el presente contrato podrá quedar resuelto, al sólo criterio de la Ob.SBA, sin que ello genere por parte de EL PRESTADOR derecho a reclamo alguno en concepto de indemnización por eventuales daños y perjuicios. -----

DÉCIMA OCTAVA: Deber de Información y Confidencialidad.

EL PRESTADOR garantiza la transparencia y acceso a la información respecto de los contenidos de los módulos prestacionales ofrecidos que pudieren alcanzarlo se obliga a observar estrictas normas de confidencialidad sobre los datos de los afiliados, siendo responsable de la utilización indebida que de los mismos pudiere hacerse conforme a los términos de la Ley N° 24.766; Ley N° 25.326 y Ley 1845 de CABA. -----

DECIMA NOVENA: Anticorrupción

Es causal de la rescisión de pleno derecho del contrato, sin perjuicio de las acciones penales que se pudiera deducir, el hecho de dar u ofrecer dinero o cualquier dádiva a fin de que: a) Funcionarios o empleados con competencia en el procedimiento de selección del cocontratante y en el contrato, hagan o dejen de hacer algo relativo a sus funciones.-----

b) Funcionarios o empleados con competencia en el proceso de selección del cocontratante y en el contrato, hagan valer la influencia de su cargo ante otro funcionario o empleado con la competencia descrita, a fin de que éste haga o deje de hacer algo relativo a sus funciones. -----

c) Cualquier persona que hiciera valer su relación o influencia sobre un funcionario o empleado con la competencia descrita, a fin de que éste haga o deje hacer algo relativo a sus funciones. -----

Son considerados sujetos activos de esta conducta quienes hayan cometido tales actos en interés del contratista directa o indirectamente, ya sea como representantes, administradores, socios, mandatarios, gerentes,

empleados, contratados, gestores de negocios, síndicos o cualquier otra persona física o jurídica. Las consecuencias de estas conductas ilícitas se producen aún en grado de tentativa. -----

VIGÉSIMA: Jurisdicción.

LAS PARTES se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales del Fuero Contencioso, Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, renunciando las partes a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponderle. -----

VIGÉSIMA PRIMERA: Domicilios.

A todos los efectos derivados de este Contrato, LAS PARTES constituyen domicilios en los siguientes lugares: ---


La Ob.SBA: Avda. Rivadavia 6082, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. -----

EL PRESTADOR: Callao 1175 3° A, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. -----

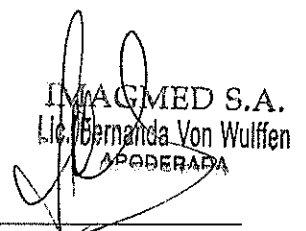
E-mail: direccion@clinicamodelolanus.com // fcaballero@clinicamodelolanus.com -----

En los domicilios indicados, serán válidas todas las notificaciones que LAS PARTES se cursen. Cualquier cambio de domicilio, deberá ser notificado por medio fehaciente por la parte que lo muda a la otra, dentro de las 48 horas de producido el cambio. -----

En prueba de conformidad ambas partes firman TRES (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en CABA, a losdías del mes dede 2023, quedando un ejemplar en poder de EL PRESTADOR y dos en poder de la Ob.SBA.-----



EL PRESTADOR
CLÍNICA MODELO LANÚS
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

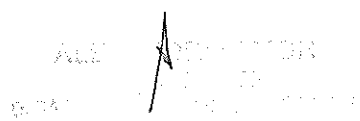


IMAGMED S.A.
Lic. Bernanda Von Wulffen
APODERADA

ANEXO I
NOMENCLADOR DE PRESTACIONES FONDO COMPENSADOR

	Fondo Compensador Prestaciones Incluidas en Resolucion-2023-7297 -GCABA-MHFGC	VALOR 01/12/2023
Codigo FC	DESCRIPCION	
	ARRITMIAS CARDIACAS	
260203	Crioablacion de Arritmias <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos: Ecocardiograma doppler cardiaco color. <u>Exclusiones:</u> Cirugía de arritmias. Catéter Freezor Extra/Max. Catéter Activ Front Catéter Activ Front Advance. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$836.141,01
260204	Crioablacion de Fibrilación Auricular <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos: Ecocardiograma doppler cardiaco color. Internación: 1 día en piso de internación. <u>Exclusiones:</u> Cirugía de arritmias. Catéter Activ Front Catéter Activ Front Advance. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$905.172,26
260302	Ablación con Mapeo Electroanatomico <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos: Ecocardiograma doppler cardiaco color. Internación: 1 día en piso de internación. <u>Exclusiones:</u>	\$1.919.346,44

	Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	
260301	Ablación por Radiofrecuencia adulto <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos. Ecocardiograma doppler cardiaco color. Internación: 1 día en piso de internación. <u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$698.509,96
110208	Implante de Marcapaso definitivo <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Estudios diagnósticos. Ecocardiograma doppler cardiaco color. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Internación: 1 día en piso de internación. <u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$316.249,41
110209	Implante de Cardiodesfibrilador <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Estudios diagnósticos. Ecocardiograma doppler cardiaco color. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Internación: 1 día en piso de internación. <u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$457.979,21
110206	Implante de Resincronizador <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Estudios diagnósticos. Ecocardiograma doppler cardiaco color. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Internación: 1 día en piso de internación. <u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$535.883,10
110207	Recambio por Agotamiento de generador de los anteriores <u>Inclusiones:</u>	\$282.676,58

 IMAGMED S.A.
 Lic. Fernanda Von Wulffen
 APODERADA

	<p>Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Estudios diagnósticos. Ecocardiograma doppler cardiaco color.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Internación: 1 día en piso de internación.</p> <p>Exclusiones: Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo</p>	
	CIRUGIA CARDIOVASCULAR	
110510	<p>Cirugía Cardiovascular adulto de baja complejidad</p> <p><u>Comprende:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cirugía de revascularización miocárdica. -Reemplazo o plástica de una válvula por prótesis mecánica o biológica. -Escisión de tumores cardiacos. -Cierre de defectos septales auriculares o ventriculares. -Resección de membrana subaortica. -Miomectomia septal. <p><u>Inclusiones:</u></p> <p>Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Estudios diagnósticos nombrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación. Ecocardiograma doppler transesofagico intraoperatorio.</p> <p>Hemoterapia: Material descartable, honorarios y gastos. Reserva de unidad de sangre para la cirugía.</p> <p>Internación: 3 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 2 en piso de internación general).</p> <p><u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$2.098.334,29
110511	<p>Cirugía Cardiovascular adulto de mediana complejidad</p> <p><u>Comprende:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Doble valvular, plástico o reemplazos. -Cirugía valvular más revascularización miocárdica. -Cirugía de aneurisma ventricular como única intervención. -Pericardiotomia. -Cirugía de arritmia. <p><u>Inclusiones:</u></p> <p>Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Estudios diagnósticos nombrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación. Ecocardiograma doppler transesofagico intraoperatorio.</p> <p>Hemoterapia: Material descartable, honorarios y gastos. Reserva de unidad de sangre para la cirugía.</p>	\$2.098.334,29

	<p>Internación: 4 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 3 en piso de internación general).</p> <p>Oxigenador de membrana extracorpórea.</p> <p>Exclusiones:</p> <p>Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	
110504	<p>Cirugía Cardiovascular adulto de alta complejidad</p> <p>Comprende:</p> <p>Cirugías que requieran circulación extracorpórea en pacientes con insuficiencia renal, respiratoria, infecciones, o lesiones neurológica .Cirugía cardiaca previa, re intervenciones. Cirugía con hipotermia (parada circulatoria). Endocarditis aguda o post protésica. Pacientes con FEY menor a 25%.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reemplazos de una válvula por homoinjerto. -Triple reemplazo valvular. -Cirugía de Tyron David. -Cirugía de Ross. -Cirugía de Bentall de Bono. -Cirugía de Caroll. -Cirugía de aorta ascendente, cayado, y descendente -Cirugía de aneurisma disecante de aorta. -Complicaciones mecánicas del infarto de miocardio (CIV, reemplazo válvula mitral). <p>Inclusiones:</p> <p>Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Estudios diagnósticos nombrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación.Ecocardiograma doppler transesofagico intraoperatorio.</p> <p>Hemoterapia: Material descartable, honorarios y gastos. Reserva de unidad de sangre para la cirugía.</p> <p>Internación: 5 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 4 en piso de internación general).</p> <p>Oxigenador de membrana extracorpórea.</p> <p>Exclusiones:</p> <p>Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$2.621.030,28
110211	<p>Cirugía de Tromboendarterectomia pulmonar</p> <p>Inclusiones:</p> <p>Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Estudios diagnósticos relacionados con la cirugía y durante la internación.</p> <p>Hemoterapia: Material descartable, honorarios y gastos. Reserva de unidad de sangre para la cirugía.</p> <p>Identificación de anticuerpos séricos irregulares frente a panel celular, titulación de anticuerpos séricos irregulares en diferentes medios, investigación de crioaglutininas, fenotipificación en sistemas eritrocitarios extra ABO y Rh: Kell,Kidd,,Duffy, Lewis, etc.</p> <p>Factor Du, pruebas cruzadas de compatibilidad. Tipificación de antígeno A, B y D</p>	\$625.595,70

	<p>Internación: 8 días (2 día en Sector de Alta Complejidad y 6 en piso de internación general).</p> <p>Exclusiones: Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	
110210	<p>Cirugía de Endarterectomia carotidea</p> <p>Inclusiones: Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos relacionados con la cirugía y durante la internación. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Exclusiones: Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$625.595,70
HEMODINAMIA		
350506	<p>Angiografía coronaria simple adulto</p> <p>Inclusiones: Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Internación: 1 día en piso de internación. Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300) Exclusiones: Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$261.024,41
350518	<p>Angiografía coronaria compleja adulto</p> <p>Comprende: Cateterismo en pacientes valvulares o con miocardiopatías con medición del volumen minuto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cateterismo en pacientes con patologías congénitas. • Cinecoronariografía en pacientes con cirugía de revascularización previa. • Estudios combinados de dos o más territorios. • Antecedente de implante de válvula percutánea (TAVI). • Procedimiento prolongado por dificultad de la angioplastia. Exposición de dosis de radiación mayor a 2000 mGy. • Utilización de balón de contrapulsación. <p>Inclusiones: Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Colocación y medición de Catéter de Swan Ganz. Internación: 1 día en piso de internación. Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300) Exclusiones: Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$280.439,45
250402	<p>Angioplastia transluminal coronaria simple</p>	\$711.884,76

	<p>Inclusiones:</p> <p>Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Estudios diagnósticos: Ecocardiograma (1).</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación</p> <p>Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general).</p> <p>Material de contraste</p> <p>Exclusiones:</p> <p>Stents.</p> <p>Tromboaspirador.</p> <p>IVUS(dispositivos para diagnóstico y tratamiento de la obstrucción coronaria.</p> <p>Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	
250447	<p>Angioplastia transluminal coronaria compleja</p> <p><i>Comprende: Angioplastia convencional de dos o más lesiones. Antecedente de CRM. Angioplastia de TCI.IAM. Necesidad de IVUS y/o FFR. Cardiopatías congénitas. Antecedente de TAVI. Shock cardiogénico. procedimiento prolongado con exposición de dosis de radiación mayor a 2000 mGy.</i></p> <p>Inclusiones:</p> <p>Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Ecocardiograma.</p> <p>Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general).</p> <p>Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300)</p> <p>Exclusiones:</p> <p>Stents.</p> <p>Sistema de proteccion distal (guardwire o filterwire o spilder, etc).</p> <p>Tromboaspirador.</p> <p>Dispositivo para cierre de sitios de puncion (perclose, angioseal, etc).</p> <p>IVUS(dispositivos para diagnóstico y tratamiento de la obstrucción coronaria.</p> <p>Todos los medicamentos, protesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$935.157,73
120601	<p>Colocación de endoprotesis en aorta torácica y/o abdominal</p> <p>Inclusiones:</p> <p>Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general).</p> <p>Material de contraste</p> <p>Exclusiones:</p> <p>Endoprotesis aortica a utilizar con su introductor, prolongador y extensiones.</p> <p>En caso de colocacion de endoprotesis fenestrada se facturara el valor del modulo 120601 a valor 1,50, con la autorizacion del codigo 120602</p>	\$1.445.341,80

	Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo	
120604	Colocación de endoprotesis en arteria periféricas iliacas <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos relacionados con la practica Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos nombrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Material de contraste <u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo. En caso de colocacion de endoprotesis aortica y de colocacion de endoprotesis en iliacas, se facturaran sumados los codigos 120601 mas el codigo 120604. Endoprotesis.	\$1.445.341,80
110509	Reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI) <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos relacionados con la practica Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos nombrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación. Ecocardiograma bidimensional, Ecocardiograma doppler transesofagico. Intervención quirúrgica ante las complicaciones de la vía de abordaje. Internación: 3días (2 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Material de contraste <u>Exclusiones:</u> CoreValve o similar. Marcapaso definitivo. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$2.463.833,18
250501	Cierre de comunicación interauricular con dispositivo ocluser <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos relacionados con la practica Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos nombrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación. Ecocardiograma doppler transesofagico. Intervención quirúrgica ante las complicaciones de la vía de abordaje. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Material de contraste. <u>Exclusiones:</u>	\$961.260,16

	<p>Dispositivo ocluser.</p> <p>Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	
250201	<p>Cierre de Conducto arterioso con dispositivo ocluser.</p> <p><u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos relacionados con la practica Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos nombrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación. Ecocardiograma doppler transesofagico intraoperatorio. Intervención quirúrgica ante las complicaciones de la vía de abordaje. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300) <u>Exclusiones:</u> Dispositivo ocluser y anexos. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$1.242.179,16
250203	<p>Cierre de foramen oval permeable con dispositivo ocluser</p> <p><u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos relacionados con la practica Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos nombrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación. Ecocardiograma doppler transesofagico intraoperatorio. Intervención quirúrgica ante las complicaciones de la vía de abordaje. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Material de contraste <u>Exclusiones:</u> Dispositivos oclusores y anexos. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$1.359.052,74
250502	<p>Cierre de comunicación interventricular con dispositivo ocluser</p> <p><u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos relacionados con la practica Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos nombrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación. Ecocardiograma doppler transesofagico intraoperatorio. Intervención quirúrgica ante las complicaciones de la vía de abordaje Internación: 3 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 2 en piso de internación general). Material de contraste <u>Exclusiones:</u> Dispositivos oclusores y anexos.</p>	\$1.359.052,74

	Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	
250403	Valvuloplastia aortica-mitral <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos relacionados con la practica Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos nomencrados relacionados con la cirugía y que se requieran durante la internación. Ecocardiograma doppler transesofagico intraoperatorio. Intervención quirúrgica ante las complicaciones de la vía de abordaje. Internación: 3 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 2 en piso de internación general). Material de contraste <u>Exclusiones:</u> Dispositivos para cierre de sitio de punción (Perclose). Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$1.412.983,40
190326	Embolizacion Hepática <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Estudios diagnósticos: Angioresonancia de abdomen (1). Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Material de contraste <u>Exclusiones:</u> Prótesis endovasculares. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$1.265.429,10
250914	Embolizacion Esplénica <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Estudios diagnósticos: Angioresonancia de abdomen (1). Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Material de contraste <u>Exclusiones:</u> Prótesis endovasculares. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$1.265.429,10
250415	Embolizacion Renal <u>Inclusiones:</u>	\$1.265.429,10

	<p>Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Estudios diagnósticos: Angioresonancia de abdomen/renal (1).</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general).</p> <p>Material de contraste</p> <p>Exclusiones: Prótesis endovasculares. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	
250416	<p>Embolizacion Pelviana/Uterina/Prostática</p> <p>Inclusiones: Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Estudios diagnósticos: Angioresonancia de Miembros inferiores /superiores (1). Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Material de contraste</p> <p>Exclusiones: Prótesis endovasculares. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$1.264.134,76
250417	<p>Embolizacion de miembros inferiores / miembros superiores</p> <p>Inclusiones: Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos. Angioresonancia de Miembros inferiores /superiores (1). Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300)</p> <p>Exclusiones: Prótesis endovasculares. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$1.264.134,76
250333	<p>Angioplastia de miembros superiores / miembros inferiores</p> <p>Inclusiones: Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Angiografía de vasos de cuello. Evaluación por cirugía vascular. Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300)</p>	\$903.877,93

	<u>Exclusiones:</u> Stent Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	
	HEMODYNAMIA NEUROLOGICA	
60530	Tratamiento vasoespasmo cerebral (farmacológico mecánico) <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Angioresonancia de cerebro (1). Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300) <u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$600.087,50
60531	Tratamiento de aneurisma cerebral con stent <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Angioresonancia de cerebro (1) y Eco Doppler transcraneano(1). Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300) <u>Exclusiones:</u> Coils. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$1.356.875,39
60532	Embolización de malformaciones arteriovenosas cerebrales <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Angioresonancia de cerebro (1). Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general). Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300) <u>Exclusiones:</u> Coils. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$1.224.717,18
60533	Tratamiento de fístulas arteriovenosas cerebrales <u>Inclusiones:</u> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos. Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Angioresonancia de cerebro (1).	\$1.224.717,18

	<p>Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general).</p> <p>Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). lóbitridol (Xenetix 300)</p> <p><u>Exclusiones:</u></p> <p>Stents.</p> <p>Balón de remodeling.</p> <p>Diversor de flujo.</p> <p>Onix. Histoacril.</p> <p>Dispositivo de punta disponible para inyección de ónix.</p> <p>Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	
60534	<p>Tratamiento de malformación/fístula arterio-venosa medular</p> <p><u>Inclusiones:</u></p> <p>Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Angioresonancia de medula espinal.</p> <p>Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general).</p> <p>Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). lóbitridol (Xenetix 300)</p> <p><u>Exclusiones:</u></p> <p>Stents.</p> <p>Balón de remodeling.</p> <p>Diversor de flujo.</p> <p>Onix. Histoacril.</p> <p>Dispositivo de punta disponible para inyección de ónix.</p> <p>Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$1.224.717,18
60516	<p>Embolización aneurisma cerebral con tecnología de micro-coils (hasta 5 coils de platino o biológicos)</p> <p><u>Inclusiones:</u></p> <p>Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Angioresonancia de cerebro (1) y Eco Doppler transcraneano(1).</p> <p>Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general).</p> <p>Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). lóbitridol (Xenetix 300)</p> <p><u>Exclusiones:</u></p> <p>Coils.</p> <p>Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$1.533.774,26
60536	<p>Embolización de aneurisma cerebral con endoprotésis derivadora de flujo</p> <p><u>Inclusiones:</u></p> <p>Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación.</p> <p>Gastos quirúrgicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Angioresonancia de cerebro (1) y Eco Doppler transcraneano(1).</p> <p>Internación: 2 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 1 en piso de internación general).</p>	\$1.824.150,79

	<p>Contraste: Meglumina yoxagalato (Hexabrix). Iobitridol (Xenetix 300)</p> <p>Exclusiones: Endoprotesis derivadora de flujo. Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	
60540	<p>Angioplastia de arteria carotida, subclavia y vertebral</p> <p>Inclusiones: Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, técnico, intervinientes en la cirugía y durante la internación. Gastos quirúrgicos y radiológicos Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos Ecografía doppler cardíaco color de vasos del cuello Internación: 1 día en piso de internación Exclusiones: Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo. Anestesiólogos</p>	\$834.297,07
	TRAUMATOLOGIA	
170604	<p>Cirugía de Columna por vía anterior y/o posterior. Disectomia. Laminoplastia</p> <p>Inclusiones: Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico (ayudante e instrumentadora) y técnico, monitoreo intraoperatorio. Gastos quirúrgicos y radiológicos Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos: nomencladas relacionados con la cirugía y durante la internación. Hemoterapia: Hasta 1 transfusiones con honorarios, gastos y material descartable. Laboratorio: prácticas necesarias nomencladas. Internación: 3 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 2 en piso de internación general). Exclusiones: Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$870.872,38
170605	<p>Cirugía de Columna por vía anterior y/o posterior con instrumentación (cirugía sobre cualquier sector de la columna vertebral que SI requiera fijación quirúrgica estática o dinámica)</p> <p>Inclusiones: Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico (ayudante e instrumentadora) y técnico, monitoreo intraoperatorio. Gastos quirúrgicos y radiológicos Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos: nomencladas relacionados con la cirugía y durante la internación. Hemoterapia: Hasta 1 transfusiones con honorarios, gastos y material descartable. Laboratorio: prácticas necesarias nomencladas. Internación: 3 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 2 en piso de internación general). Exclusiones: Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.</p>	\$1.231.344,93

170603	Revisión de Cirugía de columna (sobre una cirugía previa sea con o sin artrodesis) <u>Comprende:</u> Revisiones asépticas y sépticas (1er o 2do tiempo) <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico (ayudante e instrumentadora) y técnico, monitoreo intraoperatorio. Gastos quirúrgicos y radiológicos Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos: nomencladas relacionados con la cirugía y durante la internación. Hemoterapia: Hasta 1 transfusiones con honorarios, gastos y material descartable. Laboratorio: prácticas necesarias nomencladas. Internación: 3 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 2 en piso de internación general). <u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$1.231.344,93
170502	Artroplastia de cadera <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico (ayudante e instrumentadora) y técnico, monitoreo intraoperatorio. Gastos quirúrgicos y radiológicos Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos: nomencladas relacionados con la cirugía y durante la internación. Hemoterapia: Hasta 1 transfusiones con honorarios, gastos y material descartable. Laboratorio: prácticas necesarias nomencladas. Internación: 3 días en piso de internación general. <u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$870.872,38
1705021	Artroplastia parcial de cadera <u>Inclusiones:</u> Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico (ayudante e instrumentadora) y técnico, monitoreo intraoperatorio. Gastos quirúrgicos y radiológicos Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación. Estudios diagnósticos: nomencladas relacionados con la cirugía y durante la internación. Hemoterapia: Hasta 1 transfusiones con honorarios, gastos y material descartable. Laboratorio: prácticas necesarias nomencladas. Internación: 2 días en piso de internación general. <u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo.	\$817.457,79
170507	Revisión de Artroplastia de cadera. 1º tiempo: hace referencia al retiro protesico y colocacion de espaciador de cemento. <u>Inclusiones:</u>	\$870.872,38



	<p>Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico (ayudante e instrumentadora) y técnico, monitoreo intraoperatorio.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Estudios diagnósticos: nomencladas relacionados con la cirugía y durante la internación.</p> <p>Hemoterapia: Hasta 1 transfusiones con honorarios, gastos y material descartable.</p> <p>Laboratorio: prácticas necesarias nomencladas.</p> <p>Internación: 3 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 2 en piso de internación general).</p> <p><u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo</p>	
1705072	<p>Revisión de Artroplastia de cadera. 2º tiempo: hace referencia al retiro del espaciador de cemento y colocacion de prótesis definitiva.</p> <p><u>Inclusiones:</u></p> <p>Estudios Prequirúrgicos. Test de COVID-19. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico (ayudante e instrumentadora) y técnico, monitoreo intraoperatorio.</p> <p>Gastos quirúrgicos y radiológicos.</p> <p>Medicamentos y material descartable relacionados con la cirugía y la internación.</p> <p>Estudios diagnósticos: nomencladas relacionados con la cirugía y durante la internación.</p> <p>Hemoterapia: Hasta 1 transfusiones con honorarios, gastos y material descartable.</p> <p>Laboratorio: prácticas necesarias nomencladas.</p> <p>Internación: 3 días (1 día en Sector de Alta Complejidad y 2 en piso de internación general).</p> <p><u>Exclusiones:</u> Todos los medicamentos, prótesis y prestaciones que no se encuentren expresamente incluidos se encuentran excluidos del módulo</p>	\$870.872,38

EXCLUSIONES GENERALES.

- Días de internación que superen los incluidos en cada módulo.
- Extras de pacientes y acompañantes.
- Pensión de acompañantes.
- Operativo de ablación fuera de C.A.B.A y Conurbano Bonaerense
- En trasplante: gastos relacionados al traslado aéreo para la ablación y para el traslado del órgano.
- Retrasplante.
- Reoperaciones por complicaciones de la cirugía original dentro del periodo comprendido por el modulo, salvo en los módulos donde esté incluido.
- Reexploraciones quirúrgicas, no incluidas en los módulos.
- Toda práctica no nombrada que no se encuentre expresamente incluida en los módulos.
- Cirugías no relacionadas con el modulo quirúrgico específico.
- Cirugía torácica y/o vascular no relacionada con la práctica del módulo.
- Internación en UCIC/UCO cuando no este comprendida en el módulo.
- Hemodiálisis, diálisis peritoneales, hemofiltración.
- Asistencia respiratoria mecánica no invasiva
- Gastos relacionados al traslado del paciente.
- Procedimientos no convencionales (ECMO, asistencia ventricular).
- Irradiación corporal total.
- Irradiación de sangre o concentrados Glóbulos rojos, plaquetas.

- Medicina transfusional que no esté incluida en los módulos.
- Serologías a partir de la tercer Transfusión.
- Provisión de donantes de hemoderivados (plaquetas, glóbulos rojos y plasma) a cargo del paciente.
- Procedimientos de aféresis.
- Alimentación enteral y parenteral que no esté incluida en los módulos.
- Administración de Óxido nítrico.
- RMN Y Tomografías computadas y Angiografías digital no incluidas en los módulos.
- Radioscopia en quirófano que no esté incluido en los módulos.
- Fibrobroncoscopia que no esté incluida en los módulos.
- Monitoreo intraquirúrgico neurofisiológico del nervio facial, tronco, etc.
- Equipo de radiofrecuencia, técnicas y material descartable.
- Laboratorio, prácticas y estudios no nomenclados, que no estén incluidos en los módulos.
- Anatomía patológica no nomenclada.
- Cámara hiperbárica.
- Plásticas esternas.
- Estudios endoscópicos no incluidos en los módulos.
- Hemodinámica que no esté incluido en el módulo.
- Recuperación intraoperatoria de sangre (Cell Saber), que no esté incluido en el módulo.
- Marcapasos definitivo. Cardiodesfibriladores y resincronizadores.
- Catéter de Cook.
- Portéis, injertos, parches, mallas y/o materiales implantables que no estén comprendidos en los módulos.
- Autosuturas mecánicas.
- Neuroendoscopio y Aspirador ultrasónico.
- Uso de Instrumentación no convencionales.
- Uso de craneotomo y/o drill de alta velocidad y/o marco estereotáxico.
- Catéteres descartables tipo Swang Ganz, implantables, semimplantables tipo Porth Cath y otros, que no estén comprendidos en los módulos.
- Catéter de PIC (solamente incluido en el módulo de trasplante hepático de alto riesgo).
- Core Valve.
- Stents no incluido en los módulos.
- Coils no incluidos en los módulos.
- Balón de remodeling.
- Diversor de flujo.
- Ónix. Histoacril. PHIL.
- Dispositivo de punta disponible para inyección de ónix.
- Tromboaspirador.
- Sistema de protección distal (Percusurge o EPI Filterwire).
- Dispositivo para cierre de sitios de punción (Perclose)
- Kit de Amplatzer.
- Endoprotesis aortica con su introductor, prolongador y extensiones.
- Endoprotesis iliacas.
- Dispositivos oclusores y anexos.
- Protisis endovasculares.
- Kit para mapeo electroanatomico de navegación.
- Colocación y Balón de contrapulsacion aórtico y técnicas de asistencia circulatoria.
- Evaluación por Odontología.
- Prótesis odontológicas.
- Evaluación por Psiquiatría y psicología.

MEDICAMENTOS:

- Anticuerpos monoclonales y policlonales.

- Timoglobulina.
- Atifungicos (Fluconazol, Anfotericina liposomal). Antivirales (Aciclovir EV, Ganciclovir, Antirretrovirales).
- Drogas para HIV.
- Antimicrobianos de uso restringido: Beta¹-lactamicos de amplio espectro (Piperacilinas Tazobactam). Cefalosporina de tercera generación (Ceftriaxona, Ceftazidime). Cefalosporina de cuarta generación (Cefepime). Carbapenems. Vancomicina, Teicoplanina. Colistin.
- Abciximab (Reopro).
- Actylise.
- Enoxaparina Sódica (Clexane jeringa pre llenada).
- Clorhidrato de tirofiban (Agrastat).
- Fraxiparine, (jeringa pre llenado).
- Ondasetron 4 y 8 mg.
- Hidroxietyl almidon (Voluven).
- Micofenolato.
- Profilaxis y tratamiento de la recurrencia de hepatitis B.
- Gammaglobulina hiperinmune humana, GCSF, GMSF Inmunoglobulina específica e inespecífica. Anti Hepatitis B.
- Drogas oncológicas.
- Interferón A y B.
- Antihemofilicos y hemostáticos (Protromplex, Desmopresin, Aprotinina, Somatostatina).
- Albumina, lípidos y aminoácidos.
- Fibrinolíticos: Activador Tisular del Plasminogeno, Estreptoquinasa, Uroquinasa, Eptifibatide.
- Activador de colonias: granulocíticas, ritocitarias.
- Surfactante.
- Radioisotopicos.
- Levosimendan, Milrinona.
- Neseretide.
- Prostaglandinas.
- Tisucol.
- Dandrolene.
- Octeotride.Terlipresina.Somastostatina.
- Complejo protrombotico humano.
- Medicamentos en forma ambulatoria.

IMAGMED S.A.
Lic. Fernanda Von Wulffen
AUTORIZADA

IMAGMED S.A.
Lic. Fernanda Von Wulffen
AUTORIZADA

ANEXO II
MANUAL DE PRE LIQUIDACIÓN

Ámbito de aplicación.

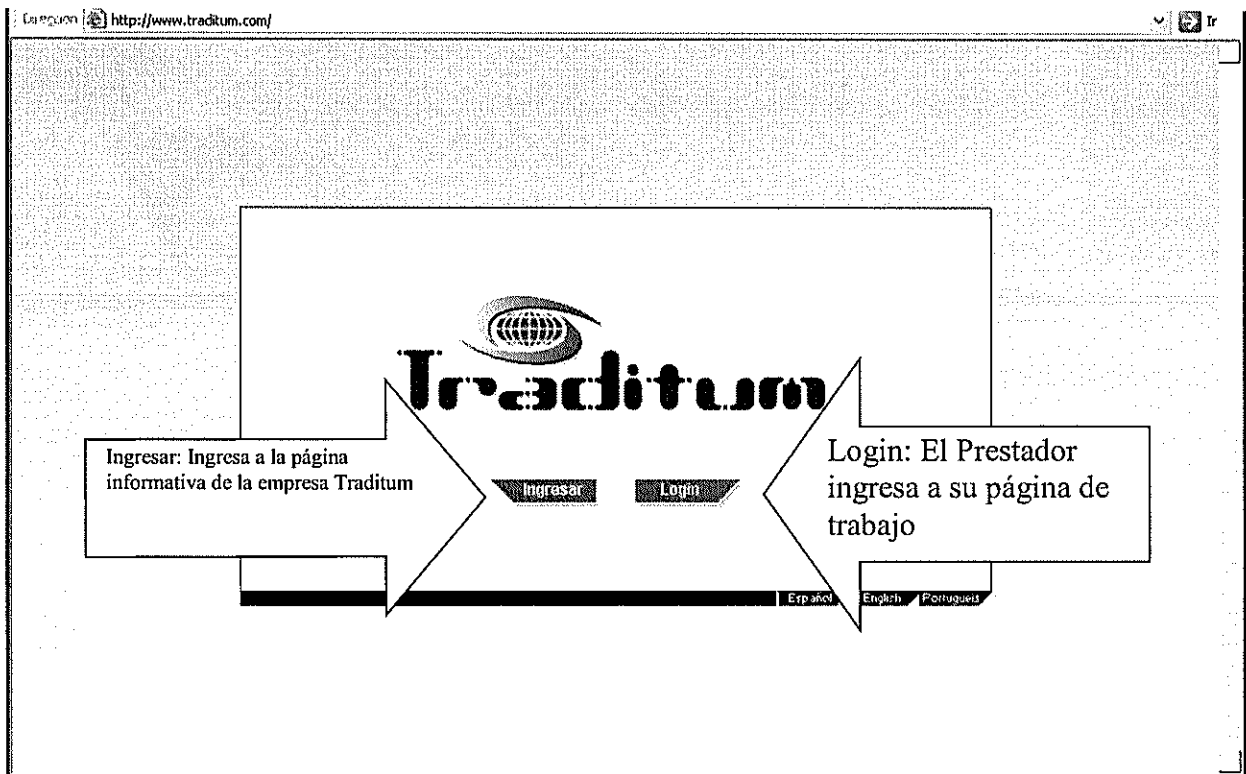
El presente Anexo resulta aplicable a las prestaciones y/o prácticas incluidas en el Anexo I y II.

Introducción

Descripción y funcionamiento del Canal Internet

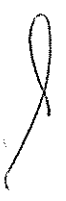
La pre liquidación se genera a través de la página de TRADITUM y del canal Internet en exclusividad:

www.traditum.com

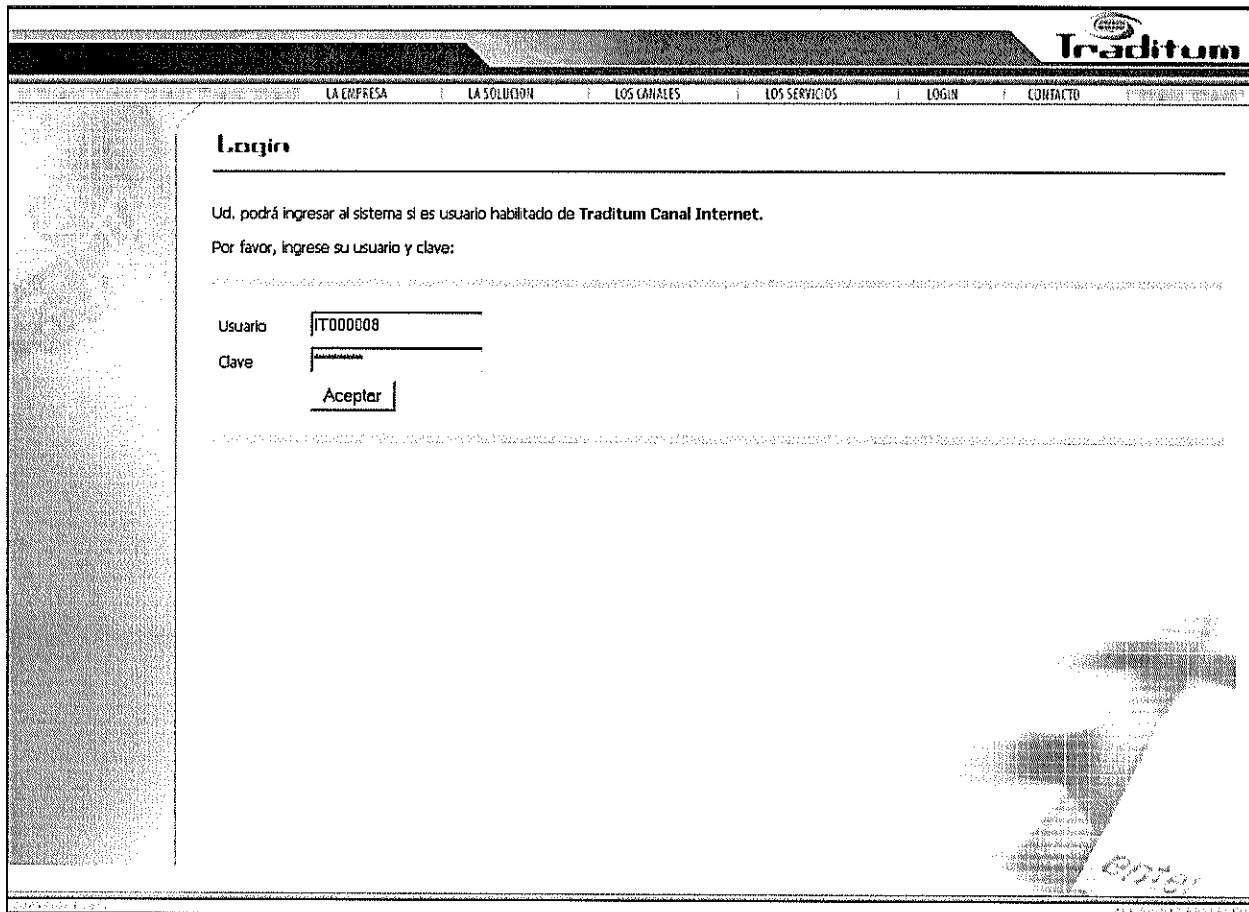


Seleccionar la opción LOGIN (validación de usuario y clave) para ingresar al sistema, luego de lo cual verá la siguiente pantalla:

Importante: para desplazarse por las distintas opciones puede utilizar el mouse, o bien la tecla TAB (ubicada arriba de la tecla de Mayúsculas) y ENTER.



IMAGMED S.A.
Lic. Fernanda Von Wulffen
APR 2014

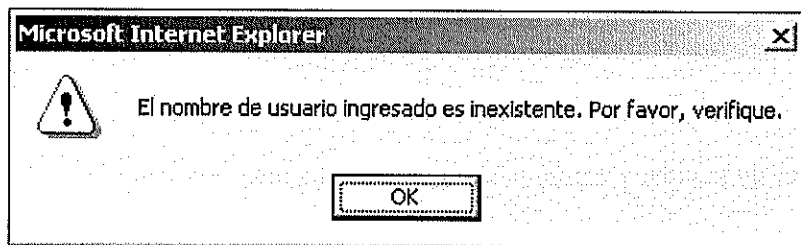


En la misma deberá ingresar su usuario y clave personal.

- Usuario: ingresar el nombre del Usuario.
- Clave: ingresar la contraseña correspondiente al usuario.

Una vez ingresados ambos datos, debe presionar el botón Aceptar para ingresar al sistema.

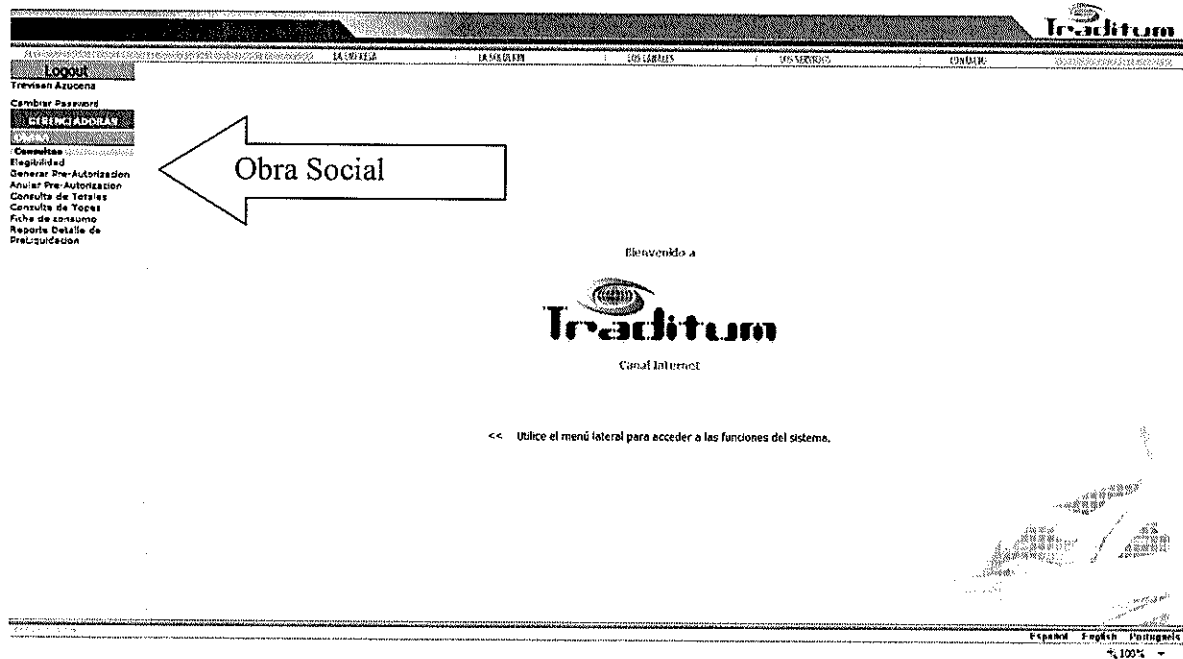
Si el usuario ingresado no está habilitado para operar en este canal o si el usuario y/o password son incorrectos, visualizará el siguiente error:



En este caso verificar que el usuario y password estén correctamente ingresados utilizando siempre las mayúsculas y minúsculas correctamente, y presione nuevamente el botón Aceptar.
Si el error persiste comunicarse con Mesa de Ayuda de Traditum.

Seleccionar Financiadora

Una vez validados el usuario y la contraseña, aparecerá la siguiente pantalla:



Para comenzar a operar con el sistema, el prestador debe seleccionar el menú de ObsBA haciendo click con el mouse.

Menú de Opciones

Al seleccionar el menú de ObsBA se desplegará un menú conteniendo los mensajes que podrán efectuarse:

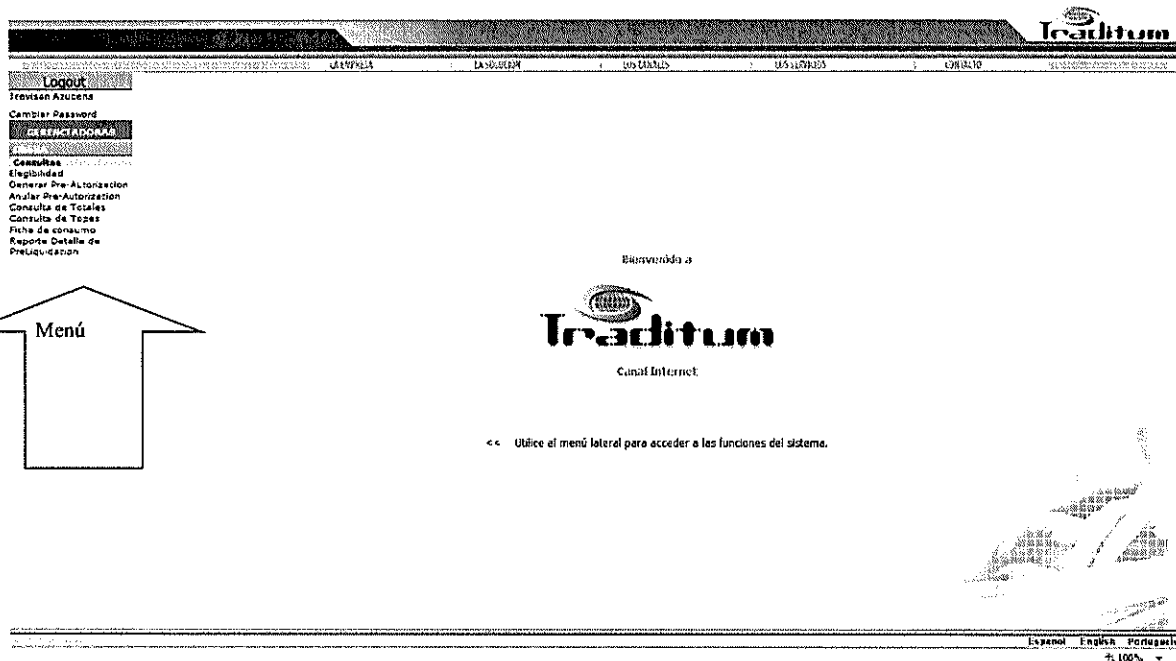
- Elegibilidad
- Solicitar Autorización
- Anular Autorización
- Ingreso de diagnostico
- **Reporte detalle de Pre liquidación**



2017-07-10 10:07
Lic. Fernanda Von Wulffers
PODERADA



IMAGMED S.A.
Lic. Fernanda Von Wulffers
PODERADA



Reporte de detalle de Pre liquidación

A través de este mensaje el prestador puede emitir un detalle de las prácticas realizadas en un determinado periodo de tiempo.

Este detalle podrá estar o no valorizado de acuerdo a la decisión de la obra social.

Para realizar esta consulta presionar un clic sobre el botón izquierdo del mouse, posesionándose sobre el mensaje reporte detalle de pre liquidación.

Automáticamente visualizará la siguiente pantalla para el ingreso de datos:

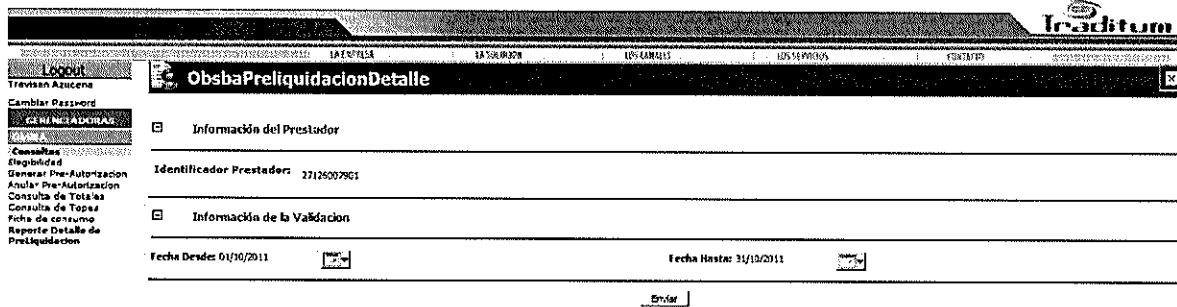
Ingresar el siguiente dato:

- Información del rango de fechas: Ingresar fecha desde y fecha hasta. Para que el formato sea el correcto se recomienda utilizar los combos con los calendarios.

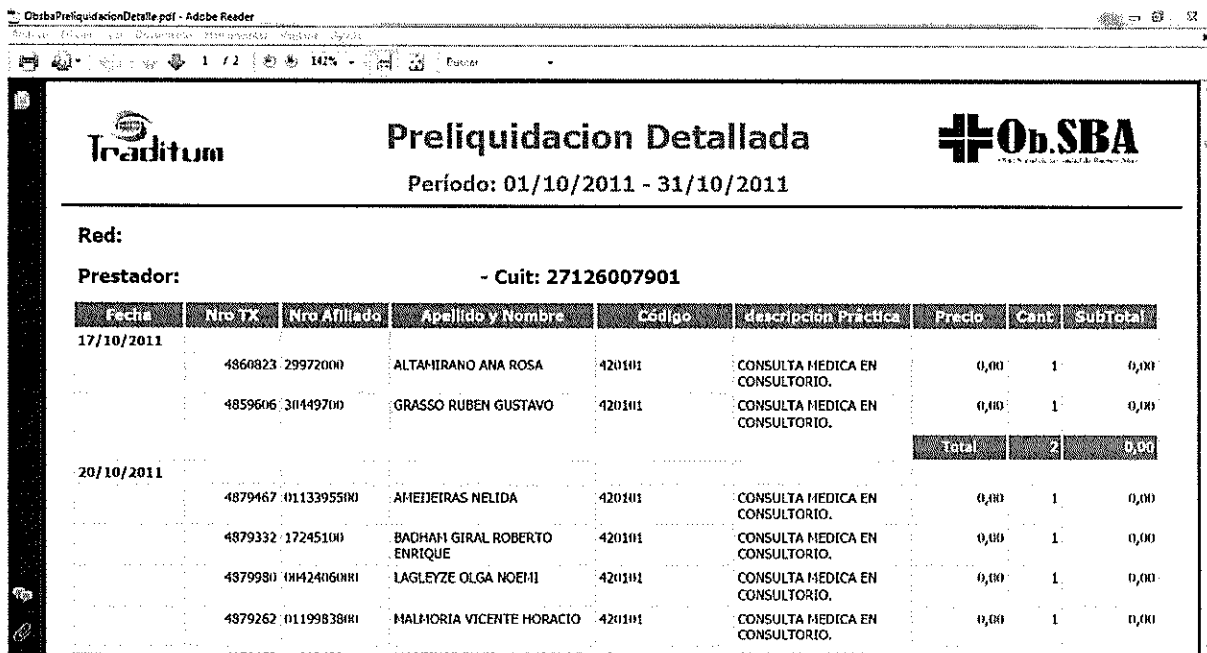
Una vez ingresados estos datos, presionar el botón Enviar, de esta forma se visualizará en pantalla la respuesta.

Respuesta – Reporte Detalle de Pre liquidación

La respuesta a este mensaje será la información sobre las transacciones autorizadas y registradas en el SVI valorizadas o no, en el rango de fechas seleccionado.




Este informe se genera con formato .PDF. Asegúrese de tener instalado un programa que permita la lectura de este tipo de archivos, son de distribución gratuita.
 Debe guardar el archivo en una carpeta de su computadora.
 El contenido tendrá el formato que se muestra.



Fecha	Nro FX	Nro Afiliado	Apellido y Nombre	Código	Descripción Práctica	Precio	Cant.	SubTotal
17/10/2011	4860823	29972000	ALTAMIRANO ANA ROSA	420101	CONSULTA MEDICA EN CONSULTORIO.	0,00	1	0,00
	4859606	30449700	GRASSO RUBEN GUSTAVO	420101	CONSULTA MEDICA EN CONSULTORIO.	0,00	1	0,00
Total							2	0,00
20/10/2011	4879467	0113395500	AHEIJERAS NELIDA	420101	CONSULTA MEDICA EN CONSULTORIO.	0,00	1	0,00
	4879332	17245100	BADHAN GIRAL ROBERTO ENRIQUE	420101	CONSULTA MEDICA EN CONSULTORIO.	0,00	1	0,00
	4979980	0042406000	LAGLEYZE OLGA NOEMI	420101	CONSULTA MEDICA EN CONSULTORIO.	0,00	1	0,00
	4879262	0119983800	MALMORIA VICENTE HORACIO	420101	CONSULTA MEDICA EN CONSULTORIO.	0,00	1	0,00

Mensajes de Error

Si en alguno de los mensajes ocurre algún tipo de error en la conexión, se visualizará un mensaje de error como se muestra a continuación:

[Handwritten signatures and stamps]

Contrato Fondo Compensador – IMAGMED S.A. (Clínica Modelo Lanús)

IMAGMED S.A.
 C/ C. Fernanda Von Wulfen
 APROBADA

Información



En este momento no es posible realizar la consulta. Por favor, reintente en unos instantes, si el error persiste comuníquese con la Mesa de Ayuda de Traditum al 0810-222-1122 The message could not be processed

[Ver Detalle](#)

En este caso, esperar unos instantes y volver a realizar la consulta.

Si el error persiste comunicarse con Mesa de Ayuda de Traditum.



Servicios de Mesa de Ayuda

Con un soporte especializado durante las 24 horas los 7 días de la semana, el servicio de conectividad de Traditum se encuentra contenido por su Mesa de Ayuda o HelpDesk.

Cuando usted necesite realizar una consulta por dudas de la operación del servicio, fallas en las comunicaciones o interrupciones del servicio de conectividad, nuestro equipo de profesionales altamente especializados y capacitados lo podrán asistir telefónicamente en la operación de los distintos canales; teniendo los mismos la capacidad y responsabilidad de:

Brindar la capacitación en el uso correcto de los canales a los Prestadores, cuando se conecten por primera vez o cuando cambien de canal de conexión.

Analizar los problemas presentados e indicar la solución o la alternativa más rápida que permita al Prestador mantener la continuidad del servicio.

Detectar fallas o demoras en las respuestas de los distintos canales de conectividad.

Consultas y asesoramiento en instalaciones y re-instalaciones de canales.

Asistir a los usuarios en consultas operativas y/o problemas relacionados a la operatoria de los canales.

Asimismo la Mesa de Ayuda cuenta con la posibilidad de asignación y escalamiento de los reclamos hasta logra la solución del mismo y realizara seguimiento personalizado y hasta la resolución definitiva.

Los Prestadores usuarios pueden utilizar este servicio 7x24 desde todo el país simplemente llamando a un número 0810-222-1122, donde serán contenidos y asistidos operativa y funcionalmente ante consultas o inconvenientes en la solución conectividad entre las obras sociales y Traditum.

ALICIA
E
0810-222-1122

IMAGMED S.A.
Lic. Fernanda Von Wulffen
PODERADA

ANEXO III
DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA AUTORIZACION DE PRESTACIONES A TRAVES DEL FONDO COMPENSADOR

Requisitos generales:

1. **Carnet de afiliado (Titular y adherentes), CUIL y/o DNI (Titular y adherente) y último recibo de sueldo (Titular) o RUB (sistema consulta padrón de haberes).**
2. **El tiempo máximo a mediar entre la fecha de emisión de la receta por Medicamentos Alto Costo (s/detalle Nomenclador) y la fecha de dispensa (retiro por parte del Agente o quien él autorice) no puede ser mayor a 90 días.**
3. **Los Requisitos para la autorización de prácticas, prótesis y medicamentos son de carácter enunciativos no taxativos.**

NEUROCIRUGIA

Código: 60513. Cirugía de cerebro estereotáxica de la epilepsia refractaria (Hemisferectomía, callosotomía, lobectomía temporal)

La epilepsia resistente a fármacos es aquella donde no se han controlado las crisis tras el tratamiento adecuado con dos fármacos antiepilépticos tolerados, adecuadamente elegidos y pautados (monoterapia o en combinación), entendiéndose como falta de control cuando aparecen crisis a lo largo de un año o se presenten en un tiempo inferior a tres veces el intervalo que mostraba antes de iniciar el tratamiento.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Electroencefalograma prolongado.
- RMN de cerebro.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

Código 60514. Implante de electrodos intra-craneanos

Cirugía paliativa para pacientes con epilepsia focal refractaria que cumple los requerimientos generales para cirugía estereotáxica.

Se indica en pacientes sin congruencia entre el foco eléctrico y la lesión en RM, consiste en la colocación de electrodos intra-craneanos para definir con precisión el área epileptogénica.

Los electrodos pueden ser profundos colocados por estereotaxia, o superficiales subdurales implantados a través de una craneotomía. Una vez colocados y con el paciente internado se realiza un video electroencefalograma prolongado a fin de detectar el origen de las crisis. Si el foco que provoca las crisis es definido en un área no elocuente, en una intervención diferida se retiran los electrodos y se reseca el área (procedimiento en dos etapas).

Pre-Autorización:

- Historia clínica original o copia firmada por el médico tratante, donde debe constar diagnóstico de la patología, detalle del tratamiento farmacológico, respuesta a los mismos y evolución de las crisis epilépticas.
- Electroencefalograma prolongado.
- RMN de cerebro.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

Estimulación vagal: Cirugía paliativa para aquellos casos en los que no se puede reseca la lesión causal.
Hemisferectomía o desconexión interhemisférica.

Código: 60504. Tratamiento del Parkinson por electroestimulación con implante de electrodos.

Generales: pacientes con enfermedad de Parkinson refractaria total o parcialmente (temblor, disquinesias etc.) al tratamiento médico habitual, en los que se espera el mejor control de la enfermedad o de algunos de los síntomas que lo invalidan, mediante la colocación de electrodos estimuladores profundos.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Valoración neuropsicológica, neurocognitivas (CAPSIT).
- Indicación de la práctica por un neurólogo especializado en movimientos anormales.
- Resonancia Magnética de cerebro 3 Tesla para la planificación estereotáxica con software especializado.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

Código: 60517. Radiocirugía estereotáctica cerebral con de bisturí rayos gamma.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe de Tomografía axial computada de cerebro o Resonancia Magnética de cerebro.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

ARRITMIAS CARDIACAS

Código: 260203. Crioablación de Arritmias.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG. (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de Holter.
- Ecocardiograma Doppler.
- Informe de Estudio electrofisiológico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

Código: 260204. Crioablación de Fibrilación Auricular.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG. (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de Holter.
- Ecocardiograma Doppler.
- Informe de Estudio electrofisiológico

-Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

Código: 260302. Ablación con mapeo electro anatómico.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG. (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de Holter.
- Ecocardiograma Doppler.
- Informe de Estudio electrofisiológico.
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

Código: 260301. Ablación por Radiofrecuencia adulto-pediátrica.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG. (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de Holter.
- Ecocardiograma Doppler.
- Informe de Estudio electrofisiológico
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

Código: 110208. Implante de marcapasos VVI, VVI-R, DDD y DDD-R.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG. (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de Holter.
- Ecocardiograma Doppler.
- Informe de Estudio electrofisiológico
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Radiografía de tórax con marcapaso implantado, con nombre del paciente y fecha)

ALEX...
...
...

Código: 110209. Implante de Cardio desfibrilador.

Prevención Secundaria:

- Paciente reanimado de taquicardia ventricular sostenida (TVS)/fibrilación ventricular (FV) con inestabilidad hemodinámica o Paro Cardiorrespiratorio (PCR), independientemente de la etiología, pero fuera del contexto de una causa reversible (Ej.: hipocalcemia, infarto Agudo de Miocardio -IAM-, intoxicación medicamentosa).
- Enfermedad cardíaca estructural, independiente del grado de deterioro de la función sistólica ventricular izquierda (FSVI) y TVS espontánea, ya sea hemo dinámicamente estable o inestable.

8

- Síncope de origen no determinado con TV o FV clínicamente relevante y sostenida y hemo dinámicamente significativa inducida en el estudio electrofisiológico.

Prevención Primaria:

- Fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) = 35% debido a infarto de miocardio previo, al menos 40 días antes o miocardiopatía dilatada (MCPD) no isquémica, clase funcional New York Heart Association (NYHA) II o III, bajo tratamiento médico óptimo (debe incluir salvo contraindicaciones inhibidores de enzima convertidora de angiotensina -IECA-, betabloqueantes, antialdosterónicos).
- Disfunción ventricular izquierda debido a IAM previa por lo menos 40 días antes, EVI = 30%, clase funcional NYHA.
- Displasia del ventrículo derecho arritmogénica/cardiomiopatía, con uno o más factores de riesgo para la muerte súbita.
- Síndrome QT largo, experimentando síncope y/o TV mientras recibe betabloqueantes
- Pacientes no hospitalizados como puente a recibir un trasplante cardiaco.
- Síndrome de Brugada con síncope, TV sostenida u otros factores de riesgo asociadas (muerte súbita familiar, inducción TV/FV en estudio electrofisiológico).
- TV polimórfica catecolaminérgica con síncope y/o TV sostenida documentada durante tratamiento con betabloqueantes
- TV sostenida y sintomática en un niño o adulto con cardiopatía congénita.
- Síncope recurrente de origen desconocido en un niño o adulto con cardiopatía congénita en presencia de disfunción ventricular.
- Miocardiopatía hipertrófica definida y alguno de los siguientes antecedentes:
 - 1) Antecedente personal de muerte súbita o taquicardia ventricular sostenida.
 - 2) Historia de muerte súbita relacionada a la miocardiopatía hipertrófica (MCH) en al menos un familiar en primer grado.
 - 3) Haber experimentado al menos un episodio sincopal reciente.
 - 4) Detección de taquicardia ventricular sostenida (TVNS) en el registro ambulatorio de Holter.
 - 5) Respuesta hipotensiva o plana de la presión arterial durante el ejercicio (incremento de la presión arterial menor a 25 mm Hg).

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG. (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de Holter.
- Ecocardiograma Doppler.
- Informe de Estudio electrofisiológico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Radiografía de tórax con marcapaso implantado, con nombre del paciente y fecha).

Código: 110206. Implante de dispositivo Re sincronizador por vía endovascular o epicárdica.

Pre Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG. (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de Holter.
- Ecocardiograma Doppler.
- Informe de Estudio electrofisiológico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Radiografía de tórax con marcapaso implantado, con nombre del paciente y fecha).

Código: 110207. Recambio por agotamiento de generador en todos los anteriores.

Pre Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Ecocardiograma Doppler.
- PRINT de la empresa correspondiente (marca, modelo e identificación del paciente) con fecha.
- Informe telemetría completo informado por medico cardiólogo.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Radiografía de tórax con marcapaso implantado, con nombre del paciente y fecha).

CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Código: 110510. Cirugía Cardiovascular adulto de baja complejidad.

Comprende: Primer cirugía cardiaca, pacientes menores de 75 años, cirugía programada (no es obligatorio). Con o sin Circulación extracorpórea.

- Cirugía de revascularización miocárdica.
- Reemplazo o plástica de una válvula por prótesis mecánica o biológica.
- Escisión de tumores cardiacos.
- Cierre de defectos septales auriculares o ventriculares.
- Resección de membrana subaórtica.
- Miomectomía septal.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG. (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de perfusión cardiaca, si corresponde.
- RMN cardiaca si corresponde.
- Ecocardiograma Doppler.
- Informe de estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de Implante con sticker de los insumos médicos utilizados. En caso de haber colocado prótesis (válvulas cardiacas) debe constar tamaño, marca y/o número de serie.

Código: 110511. Cirugía Cardiovascular adulto de mediana complejidad.

Comprende: Pacientes mayores de 75 años, cirugía de urgencia, cirugía combinada (no es obligatorio). Con o sin Circulación extracorpórea.

- Doble valvular, plástico o reemplazos.
- Cirugía valvular más revascularización miocárdica.
- Cirugía de aneurisma ventricular como única intervención.
- Pericardiotomía.
- Cirugía de arritmia.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de perfusión cardiaca, si corresponde.

- Ecocardiograma Doppler.
- RMN cardiaca, si corresponde.
- Informe de estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de Implante con sticker de los insumos médicos utilizados. En caso de haber colocado prótesis (válvulas cardíacas) debe constar tamaño, marca y/o número de serie.

Código: 110504. Cirugía Cardiovascular adulto de alta complejidad.

Comprende: Cirugías con o sin circulación extracorpórea en pacientes con insuficiencia renal, respiratoria, infecciones, o lesiones neurológicas. Cirugía cardíaca previa, reintervenciones. Cirugía con hipotermia (parada circulatoria). Endocarditis aguda o post protésica. Pacientes con FEY menor a 25% (no es obligatorio).

- Reemplazos de una válvula por homoinjerto.
- Triple reemplazo valvular.
- Cirugía de Tyron David.
- Cirugía de Ross.
- Cirugía de Bentall de Bono.
- Cirugía de Caroll.
- Cirugía de aorta ascendente, cayado, y descendente
- Cirugía de aneurisma disecante de aorta.
- Complicaciones mecánicas del infarto de miocardio (CIV, reemplazo válvula mitral).

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Estudio de perfusión cardíaca, si corresponde.
- Ecocardiograma Doppler.
- RMN cardiaca, si corresponde.
- Informe escrito de estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de Implante con sticker de los insumos médicos utilizados. En caso de haber colocado prótesis (válvulas cardíacas) debe constar tamaño, marca y/o número de serie.

Código: 110211. Cirugía de Tromboendarterectomía Pulmonar.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Ecocardiograma Doppler.
- Informe de estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

Código: 110210. Cirugía de Endarterectomía Carotidea.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Ecografía Doppler de vasos del cuello.
- Informe de estudio hemodinámico de vasos del cuello.

-Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

HEMODINAMIA

Código: 350506 Angiografía coronaria simple adulto.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 350518 Angiografía coronaria compleja adulto.

- Comprende:

-Antecedente de valvulopatías moderadas a complejas, CRM, TAVI, estudios combinados de dos o más territorios, patologías congénitas, procedimiento prolongado con exposición de dosis de radiación mayor a 2000 mGy.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250402. Angioplastia coronaria simple.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Informe e imagen de angiografía coronaria.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250447. Angioplastia coronaria compleja.

- Comprende: *Angioplastia convencional de dos o más lesiones. Antecedente de CRM. Angioplastia de TCI.IAM. Necesidad de IVUS y/o FFR. Cardiopatías congénitas. Antecedente de TAVI. Shock cardiogénico. procedimiento prolongado con exposición de dosis de radiación mayor a 2000 mGy.*

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- ECG (con nombre del paciente, fecha, institución, sello y firma del médico tratante).
- Informe e imagen de angiografía coronaria.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 120601.Colocacion de endoprótesis en Aorta Torácica o Abdominal.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe de Tomografía axial computada de tórax y/o abdomen y pelvis
- Informe e imagen de angiografía de vasos de tórax y/o abdomen.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
 - Imagen del procedimiento realizado.

Código: 120604. Colocación de endoprótesis en arterias iliacas.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe de Tomografía axial computada de tórax y/o abdomen y pelvis
- Informe e imagen de angiografía de vasos de tórax y/o abdomen.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
 - Imagen del procedimiento realizado.

Código: 110509. Reemplazo valvular percutáneo (TAVI).

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Ecocardiograma transesofágico. Doppler cardiaco.
- Informe e imagen de angiografía coronaria.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
 - Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250501.Cierre de comunicación interauricular con dispositivo ocluser.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Ecocardiograma transesofágico. Doppler cardiaco.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
 - Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250201.Cierre de conducto arterioso con dispositivo ocluser.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Ecocardiograma transesofágico. Doppler cardiaco.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
 - Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250203.Cierre de Formen oval permeable con dispositivo ocluser.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Ecocardiograma transesofágico. Doppler cardiaco.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
 - Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250502.Cierre de comunicación interventricular.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Ecocardiograma transesofágico. Doppler cardiaco.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
 - Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250403. Valvuloplastia aorto-mitral- pulmonar.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.

- Ecocardiograma transesofágico. Doppler cardiaco.
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 190326. Embolización hepática.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe e imagen del estudio hemodinámico
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250914. Embolización esplénica.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe e imagen del estudio hemodinámico (angiografía mesentérica).
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250415. Embolización renal.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe e imagen del estudio hemodinámico
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250416. Embolización pelviana, uterina, prostática.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoria del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

ALZ...
...

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250417. Embolización de Miembros inferiores /Miembros superiores.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 250333. Angioplastia de Miembros inferiores /Miembros superiores.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 60530. Tratamiento vasoespasmo (farmacológico, mecánico).

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Doppler transcraneano que demuestre persistencia del vasoespasmo a pesar del tratamiento médico indicado.
- Tomografía o Resonancia Magnética Nuclear de cerebro.
- Angio-resonancia Magnética de vasos intracraneales.
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 60531. Tratamiento de aneurisma cerebral con stent

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Tomografía o Resonancia Magnética Nuclear de cerebro.
- Angioresonancia Magnética de vasos intracraneales (*No es obligatorio, depende de las condiciones clínicas del paciente para poder tolerar el estudio*).
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 60532. Tratamiento malformaciones arteriovenosas cerebrales.

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.

- Tomografía o Resonancia Magnética Nuclear de cerebro.
- Angioresonancia Magnética de vasos .
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 60533. Embolización fistulas arteriovenosas cerebrales.

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.

- Tomografía o Resonancia Magnética Nuclear de cerebro.
- Angioresonancia Magnética de vasos intracraneales. .
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 60534. Embolización malformación/fistulas arteriovenosas medular.

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.

- Tomografía o Resonancia Magnética Nuclear de cerebro.
- Angioresonancia Magnética de vasos intracraneales. .
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 60516. Embolización de aneurisma cerebral con micro-coils .

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.

- Tomografía o Resonancia Magnética Nuclear de cerebro.
- Angioresonancia Magnética de vasos intracraneales .
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 60536. Embolización de aneurisma cerebral con endoprótesis derivadora de flujo.

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Tomografía o Resonancia Magnética Nuclear de cerebro.
- Angioresonancia Magnética de vasos intracraneales .
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Imagen del procedimiento realizado.

Código: 60540. Angioplastia de arteria carotídea, subclavia y vertebral.

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Doppler de vasos supra-aórticos.
- Angioresonancia Magnética de vasos extracraneales
- Informe e imagen del estudio hemodinámico.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente

Autorización Definitiva:

El prestador deberá proporcionar el protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.

- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

TRAUMATOLOGIA - NEUROCIRUGIA

Código: 170604. Cirugía de columna por vía anterior y/o posterior (cirugías sobre cualquier sector de la columna vertebral que NO requiera fijación quirúrgica estática o dinámica)

- Comprende: Lamino plastia.Disectomia.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
 - Rx de columna frente y perfil (*sector afectado*).
 - Informe de RMN de columna (*sector afectado*).
 - Informe de Electromiograma. (*Solamente si existe neuropatía periférica*)
 - Informe de Potenciales evocados somato sensitivos. (*Solamente si existe neuropatía periférica*)
- En caso de Miembro Superiores se debe agregar: Velocidad de Conducción. (*Solamente si existe neuropatía periférica*)
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Informe de estudios de imágenes post quirúrgicas si corresponde.

Código: 170605. Cirugía de columna por vía anterior y/o posterior con instrumentación (cirugías sobre cualquier sector de la columna vertebral que SI requiera fijación quirúrgica estática o dinámica)

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
 - Rx de columna frente y perfil (*sector afectado*).
 - Informe de RMN de columna (*sector afectado*).
 - Informe de Electromiograma. (*Solamente si existe neuropatía periférica*)
 - Informe de Potenciales evocados somato sensitivos (*Solamente si existe neuropatía periférica*).
- En caso de Miembro Superiores se debe agregar: Velocidad de Conducción (*Solamente si existe neuropatía periférica*).
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

-Informe de estudios de imágenes post quirúrgicas si corresponde.

Código: 170603. Revisión de Cirugía de columna (sobre una cirugía previa sea con o sin artrodesis).

Comprende: Revisiones asépticas y sépticas (1er o 2do tiempo).

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe de RMN de columna (*sector afectado*).
- Informe de análisis de Laboratorio: Eritrosedimentación, hemograma, PCR.
- Informe de cultivos.
- Informe de anatomía patológica.
- Informe de Centello grama trifásico con TC 99 o Centello grama con Infectedon con Ciprofloxacina.
- Evaluación por Infectología.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Informe de estudios de imágenes post quirúrgicas si corresponde.

Código: 170502. Artroplastia de cadera.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe de RNM de cadera puede requerirse en caso de artroplastia de superficie.
- Rx. panorámica ambas caderas (frente y Lowenstein de pelvis).
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObsBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Informe de estudios de imágenes post quirúrgicas si corresponde.

Código: 1705021. Artroplastia parcial de cadera.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Informe de RNM de cadera.
- Rx. panorámica ambas caderas (frente y Lowenstein de pelvis).

-Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Informe de estudios de imágenes post quirúrgicas si corresponde.

Código: 170507. Revisión de Artroplastia de cadera. 1º tiempo: hace referencia al retiro protésico y colocación de espaciador de cemento.

- Comprende: Revisiones asépticas y sépticas.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Rx. panorámica ambas caderas (frente y Lowenstein de pelvis).
- Informe de análisis de laboratorio: Eritrosedimentación, hemograma, PCR.
- Informe de cultivos.
- Informe de anatomía patológica.
- Informe de Centellograma trifásico con TC 99 o Centellograma con Infector con Ciprofloxacina.
- Evaluación por Infectología.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.

- Informe de estudios de imágenes post quirúrgicas si corresponde.

Código: 1705072. Revisión de Artroplastia de cadera. 2º tiempo: hace referencia al retiro de espaciador de cemento y colocación de prótesis definitiva

- Comprende: Revisiones asépticas y sépticas.

Pre-Autorización:

- Historia clínica (*antecedentes patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, informes de estudios realizados, diagnóstico*) original o copia con firma y sello legible del médico tratante y logo institucional.
- Rx. panorámica ambas caderas (frente y Lowenstein de pelvis).
- Informe de análisis de laboratorio: Eritrosedimentación, hemograma, PCR.
- Informe de cultivos.
- Informe de anatomía patológica.
- Informe de Centellograma trifásico con TC 99 o Centellograma con Infector con Ciprofloxacina.
- Evaluación por Infectología.
- Informe y autorización de Auditoría del Fondo Compensador de ObSBA, con códigos conforme Nomenclador vigente.

Autorización Definitiva:

- Protocolo quirúrgico realizado con firma y sello de los profesionales intervinientes.
- Certificado de implante con sticker de los insumos médicos utilizados.
- Informe de estudios de imágenes post quirúrgicas si corresponde.



NORMATIVAS PARA AUTORIZACION DE PROTESIS A TRAVES DEL FONDO COMPENSADOR

- Certificado de Implante de acuerdo al Anexo N° II, con los stickers o descripción de la prótesis implantada.
- En caso de prótesis sin stiker, deben ser descriptas en el Certificado de Implante.
- Remito de entrega de la prótesis.



- Imágenes de estudios médicos donde se visualice la prótesis implantada.
- En el caso del Procesador de voz se debe enviar informe audiológico posterior a la colocación.

En caso de no poder presentar imágenes de estudios médicos por invocación de la Ley de derechos del paciente N° 26529, deberán presentar:

- Informe por escrito del Servicio de Imágenes, con firma y sello del profesional.
- En el caso de colocación de prótesis bajo control de radioscopia en quirófano, el médico interviniente, deberá describir la prótesis colocada y explicar que el control se realizó bajo radioscopia.
- En los dos casos deberá acompañar la firma del Jefe de Médicos Auditores o Jefe de Servicio o Director de la Institución.

NORMATIVA PARA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DEL FONDO COMPENSADOR

Requisitos generales:

1. **Carnet de afiliado** (Titular y adherentes), **CUIL Y/O DNI** (Titular y adherente) y último **recibo de sueldo** (Titular) o **RUB** (sistema consulta padrón de haberes). Excepto para medicación HIV donde se consigna código conformado por el sexo, las dos primeras letras del nombre, las dos primeras letras del apellido, el día de nacimiento, el mes de nacimiento, y el año de nacimiento, este en cuatro dígitos (los meses y días de un solo dígito serán antepuestos por el número 0), más código identificadorio.
2. **Receta con prescripción del medicamento con vigencia de 90 días** autorizada por la Auditoría Médica de ObsBA.
3. **Resumen de Historia clínica anual** (salvo cambio de esquema terapéutico).
4. **Fecha de receta** según período de tratamiento contemplado en Formulario de Patología médica.
5. **Dispensa a cargo del Prestador:** En los remitos y en caso de falta de remito debe figurar:
 - Descripción del producto entregado.
 - Cantidad de envases.
 - Precio total.
 - Fecha y firma de entrega al afiliado.
 - DNI de afiliado o del apoderado que retira.

MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

1- ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I:

-Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación.

-Informe médico completo por médico especialista. Descripción del cuadro clínico y de las complicaciones que presenta. Estudios complementarios que avalen el diagnóstico y las complicaciones.

-Informe médico describiendo la respuesta que espera obtener con el tratamiento indicado en que tiempo y cómo evaluará la respuesta terapéutica.

-Estudios que muestren disminución de la actividad de la enzima Glucocerebrosidasa.

En caso de pacientes menores de 18 años o de enfermedad sin compromiso neuropático:

- a) Hemograma con recuento de plaquetas (menor a 120.000), hemoglobina, Glóbulos rojos.
- b) Resultados de estudios que evalúen compromiso óseo (radiografías de fémur, columna vertebral y/o RMN y/o Densitometría Ósea).
- c) Estudios que muestren hepatomegalia y esplenomegalia (ecografía, TAC y/o RMN) Fundamento diagnóstico: Disminución en la actividad de la enzima glucocerebrosidasa.
- d) **Fundamento terapéutico:** Terapia de sustitución enzimática a largo plazo en pacientes pediátricos y adultos con diagnóstico confirmado de enfermedad de Gaucher no neuropática (tipo 1) o neuropática crónica (tipo 3) que presenten además manifestaciones no neurológicas clínicamente importantes de la enfermedad. Las manifestaciones no neurológicas de la enfermedad de Gaucher incluyen una o más de las siguientes afecciones:
 - 1) Anemia tras exclusión de otras causas, tales como déficit de hierro;
 - 2) Trombocitopenia;
 - 3) Enfermedad ósea tras exclusión de otras causas, tales como déficit de Vitamina D; 4) Hepatomegalia o esplenomegalia.

2- ENFERMEDAD DE FABRY:

-Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación.

-Informe médico completo por médico especialista. Descripción del cuadro clínico y de las complicaciones que presenta. Estudios complementarios que avalen complicaciones.

Informe médico describiendo la **respuesta** que espera obtener con el tratamiento indicado en que tiempo y cómo evaluará la respuesta terapéutica.

-Estudios que muestren disminución de la actividad de la enzima Alfagalactosidasa en sangre y diagnóstico molecular (mutación para el gen de la agalsidasa alfa).

-Fundamento diagnóstico: Varones (homocigotas): actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos. Mujeres (heterocigotas): actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos o confirmación diagnóstica molecular (mutación para el gen agalsidasa alfa).

Droga: Agalsidasa Beta

Fundamento terapéutico: a) Pacientes con manifestaciones renales; b) Pacientes con manifestaciones severas no renales; c) Hombres homocigotas, asintomáticos, con Enfermedad de Fabry clásica.

Droga: Agalsidasa Alfa

Fundamento terapéutico: a) pacientes con manifestaciones renales b) portadores con manifestaciones severas no renales c) hombres homocigotas, asintomáticos, con Enfermedad de Fabry clásica.

3- ENFERMEDAD DE POMPE:

-Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación.

-Informe médico completo por médico especialista.

-Resumen de Historia Clínica con diagnóstico confirmado tanto en su variante temprana como tardía.

-Descripción del cuadro clínico y de las complicaciones que presenta. Estudios complementarios que avalen el diagnóstico y las complicaciones.

-Informe médico describiendo la respuesta que espera obtener con el tratamiento indicado en que tiempo y cómo evaluará la respuesta terapéutica.

-Estudios que muestren disminución de la actividad de la enzima Alfaglicosidasa en sangre o por biopsia compatible.

-Fundamento diagnóstico: Actividad disminuida de la enzima alfa glucosidasa en sangre, o por biopsia compatible.

-Fundamento terapéutico: Pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico confirmado de Enfermedad de Pompe, tanto en su variante temprana como tardía.

4- ENFERMEDAD DE MAROTEAUX LAMY-MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO VI

-Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación.

-Informe médico completo por médico especialista.

-Descripción del cuadro clínico y de las complicaciones que presenta. Estudios complementarios que avalen el diagnóstico y las complicaciones.

-Informe médico describiendo la **respuesta** que espera obtener con el tratamiento indicado en que tiempo y cómo evaluará la respuesta terapéutica.

-Estudios que muestren disminución de la actividad de la enzima Gasulfase.

Informes médicos por especialistas y estudios complementarios que describan sobre compromiso de la motricidad y del sistema cardio respiratorio.

-Fundamento diagnóstico: Actividad disminuida de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa.

Droga Galsulfasa Sinónimo: Galsulfase

-Fundamento terapéutico: Pacientes con diagnóstico confirmado de Mucopolisacaridosis tipo VI. Se sugiere especialmente el tratamiento en pacientes con daño de órgano blanco, los cuales deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

a) apneas del sueño: más de 1 evento/hora en menores de 18 años o más de 5 eventos/hora en mayores de 18 años; b) saturación de oxígeno nocturna: < 92% en menores de 18 años o < 85% en mayores de 18 años, con capacidad vital forzada (CVF) < 80% del predictivo para la edad; c) caminar menos de 350 m en test de caminata de 6 minutos; d) deterioro de función sistólica del ventrículo izquierda (VI).

5- ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA: (ESTUDIOS ACTUALIZADOS ANUALMENTE)

-Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación.

Fundamento diagnóstico:

1) Resumen de Historia Clínica firmado por médico especialista cada 6 meses.

2) Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L), con una segunda prueba que lo confirme o

3) Estudio molecular que documente la presencia de mutaciones del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR).

4) Demostración de diferencia de potencial nasal transepitelial anormal. Existen casos atípicos en los cuales el test de sudor puede estar dentro de los límites normales o con valores limítrofes y se debe confirmar el diagnóstico sólo con el estudio molecular. En este último caso deben estar presente 2 mutaciones para arribar al diagnóstico

5) Los estudios diagnósticos serán presentados al inicio de su cobertura por el FC y actualizados según criterio de auditoría médica.

Evaluación del grado de severidad de la enfermedad fibroquística.

COLISTIMETATO SODICO

Fundamento: Enfermedad Fibroquística con Infecciones Pulmonares que requieran antibióticos por vía de nebulización, y que se hubiera demostrado sensibilidad a Colistimetato Sódico.

Informe médico completo que incluya estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza.

a)- Enzimas pancreáticas: (Sinónimo: Pancreatina)

Fundamento terapéutico: Como complemento nutricional en todos los pacientes con Fibrosis Quística.

b) - RhDnasa humana (Sinónimo: Desoxirribonucleasa - Dnasa Recombinante Humana - Dornasa Alfa)

Fundamento terapéutico:

1) Indicado en pacientes con diagnóstico de fibrosis quística para mejorar la función pulmonar.

2) En pacientes con una CVF = de 40% del valor teórico reduce el riesgo de infecciones del tracto respiratorio graves.

Estudios funcionales respiratorios que muestren VEF-1 mayor del 40% del esperado para edad y sexo. Deterioro del 10% o más respecto de la función pulmonar basal, evaluada en forma mensual al menos en los últimos tres meses.

c)- Tobramicina:

Fundamento terapéutico: En casos de neumonías por *Pseudomonas aeruginosa*, se deberá adjuntar el resultado del cultivo y antibiograma del esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial.

d) Colistimetato Sódico:

Fundamento terapéutico: En casos de infecciones respiratorias resistentes a Tobramicina, o contraindicación o intolerancia a la misma, o elección justificada de Colistimetato. Se deberá adjuntar el resultado del cultivo y antibiograma del esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial

e) Ivacaftor, tezacaftor y elexacaftor:

Resumen completo de Historia Clínica con Fundamento terapéutico y **Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación como el resto de la medicación.**

6- DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO

-Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación.

La medicación que se prescriba para la atención de los pacientes con Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU) y/o Nacidos Pequeños para Edad Gestacional (PEG) incluidos en la ASISTENCIA CON HORMONA DE CRECIMIENTO deberá ser requerida por un médico especializado en endocrinología o pediatría.

REQUISITOS EXIGIDOS PARA EL INGRESO Y CONTINUIDAD A LA ASISTENCIA CON HORMONA DE CRECIMIENTO

El paciente que requiera el ingreso deberá presentar la siguiente documentación:

- Solicitud de médico especialista en endocrinología o pediatría.
- Receta conteniendo la prescripción de la hormona de crecimiento requerida, dosis y lapso de tiempo que cubrirá suscripta por el médico tratante, con sello aclaratorio de la firma del mismo y número de matrícula profesional en recetas con membrete de la Institución al que concurre.
- Resumen de la Historia Clínica con actualización cada 3 meses.

A) INICIO DE LA TERAPEUTICA

I - REQUERIMIENTOS DE DATOS AUXOLOGICOS

I.1 Peso y/o longitud de nacimiento

El peso y/o longitud de nacimiento, **registrados y documentados** en forma fehaciente debe haber sido:

- Peso menor a percentilo 3 de la media de referencia para la edad gestacional, de acuerdo a las curvas nacionales de peso para edad gestacional. El registro de longitud corporal se tendrá en cuenta, cuando se conozca, utilizando las mismas referencias.

I.2 Se considerará que el niño tiene retardo de crecimiento intrauterino cuando el peso y/o la longitud corporal al nacer sea menor del percentilo 3 para edad gestacional. Entran también en categoría de candidatos, los niños de bajo peso (<2500 gr) y los niños pretérminos con restricción de crecimiento perinatal.

I.2 Se requieren tres mediciones de estatura y peso del paciente tomados en forma estandarizada en el último año, o tres mediciones separadas por un año o más incluyendo la actual. La última medición debe estar hecha con un intervalo no mayor a un mes de la presentación de la solicitud. El peso se aproximará a 10 gr. en niños menores de 2 años y a 100 gr. en mayores de esa edad. Para poder efectuar una adecuada evaluación es altamente recomendable que el médico solicitante acompañe todos los datos antropométricos disponibles, idealmente desde el nacimiento del paciente.

Las **estaturas y pesos** del paciente deben ser registrados junto con las fechas y edades exactas en que fueron tomadas. La talla se expresará en valores absolutos (centímetros y milímetros) y en desvíos estándar (SDS). Los datos de referencia serán los nacionales para talla y peso en distancia y los ingleses, para la velocidad de crecimiento.

1.3 La **velocidad de crecimiento** se calculará, de ser posible, en períodos completos de 1 año y se expresará en cm/año.

Deberá acompañarse un gráfico de distancia alcanzada de estatura y peso y de velocidad de estatura. Las bases de las gráficas serán las propuestas por la Sociedad Argentina de Pediatría.

1.4 Deberá informarse el resultado de la medición de la circunferencia craneana, como mínimo el dato más reciente.

1.5 Deberá ser informada la estatura de ambos padres obtenida, en lo posible, por medición directa.

II - REQUERIMIENTO DE DATOS DE LABORATORIO

II-1a - SECTOR SOMATOTROFICO

Se exigirá la determinación, por radioinmunoensayo o técnicas reconocidas que lo sustituyan, de la **concentración plasmática de hormona de crecimiento** luego de la realización de por lo menos 2 pruebas de estímulo. Estas podrán ser seleccionadas entre las siguientes:

- Hipoglucemia insulínica
- Ejercicio - Propranolol
- Clonidina
- Arginina
- Glucagon
- Carbi-Dopa

Se deberá informar si las pruebas diagnósticas fueron efectuadas estando el paciente bajo efecto de tratamiento con otras drogas, especificando el nombre genérico y la dosis.

Se deberá adjuntar una **fotocopia del informe** de los resultados de los análisis y una interpretación de los resultados.

II-1b Dosaje de IGF-I, determinando la técnica utilizada, los valores normales de acuerdo a la edad del paciente y una interpretación de los resultados.

II-1c De ser posible dosaje de IGFBP3, determinando la técnica utilizada y los valores normales de acuerdo a la edad del paciente y una interpretación de los resultados.

II-2 Dosaje de glucemia e insulina basal y cálculo del índice de sensibilidad a la insulina con interpretación de los resultados.

II-3 - SECTOR TIROTROFICO

La investigación del sector tirotrófico se deberá realizar mediante la determinación de la concentración plasmática de:

II-3a Tiroxina (T4) en condiciones basales

II-3b Tirotrófina (TSH) en condiciones basales.

La interpretación se hará de acuerdo al método utilizado.

En caso de resultados anormales se deberá enviar el resultado del dosaje de anticuerpos antitiroideos

II-4 - SECTOR PROLACTINICO

Se deberá efectuar el dosaje en plasma de Prolactina, en condiciones basales.

II-5 - SECTOR ADRENOCORTICOTROFICO

El requerimiento mínimo para la investigación del sector ACTH será el dosaje de Cortisol plasmático en dos muestras basales, matutinas separadas por un intervalo de 20 minutos.

II-6 - SECTOR GONADOTROFICO

Se deberá informar acerca de las características clínicas, referentes a este sector, de acuerdo a los estadios de Tanner (G, VP, M.)

III- CARIOTIPO CONVENCIONAL, si correspondiera.

IV- DESARROLLO PSICOMOTOR

Deberá informarse la evaluación formal del desarrollo psicomotor.

III - REQUERIMIENTO DE DATOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

III-1- - MADURACION ESQUELETICA.

Se determinará la Edad ósea, en una radiografía de mano y muñeca izquierda, mediante el método de Greulich y Pyle o el método de Tanner. Esta determinación deberá ser obtenida en fecha coincidente, \pm 3 meses, con la del pedido de financiación del tratamiento.

III-2 - TOMOGRAFIA COMPUTADA O RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA

En todos los pacientes con deficiencia de hormona de crecimiento demostrada se deberá adjuntar el informe de una tomografía computada de cerebro o RNM, que incluya la región hipotálamo hipofisaria, con contraste IV. En los pacientes con patología encéfalo-craneana orgánica, ésta deberá ser realizada en el transcurso del último año previo a la solicitud.

IV - INFORMACION ADICIONAL

Toda información adicional referida al paciente y a la patología que lo afecta, y que contribuya a una mejor evaluación, será bienvenida. El envío, previa autorización de los padres, de una fotografía del paciente obtenida con la menor cantidad de ropa posible, será de gran utilidad para una adecuada caracterización del problema que afecta al niño.

B) - CONTINUIDAD O MODIFICACION DEL TRATAMIENTO

Cada 6 (seis) meses, a partir de la fecha de inicio del tratamiento, deberá solicitarse, mediante la elevación de la solicitud correspondiente, la continuidad o modificación del tratamiento del paciente.

La información debe incluir los datos antropométricos, clínicos y los resultados del dosaje de glucemia, insulinemia y todo aquél que aclare cambios clínicos importantes. Una vez por año se determinarán los valores séricos de IGF-I y la Edad ósea.

La contestación adecuada a los requerimientos de esa solicitud es condición ineludible para que ésta sea considerada por el Ministerio.



C) - FINALIZACION DEL TRATAMIENTO

El médico tratante deberá informar, en el formulario, correspondiente cuando el tratamiento del/ la paciente, con hormona de crecimiento se dé por finalizado, mencionando las causas.

CRITERIOS DE EVALUACION DE PACIENTES CON RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO/PEQUEÑOS PARA EDAD GESTACIONAL (RCIU/PEG)

Definición de niño con retardo de crecimiento postnatal, nacido pequeño para edad gestacional

Para los fines de este documento se considera niño con retardo de crecimiento no recuperado, aquel que haya nacido con retardo de crecimiento prenatal (RCIU) o Pequeño para Edad Gestacional (PEG), definido como un peso y/o longitud corporal al nacimiento menor al percentilo 3 de referencia para la edad gestacional, en ausencia de otro diagnóstico específico que justifique su baja estatura, a excepción del síndrome de Silver Russell y que, a los 5 (cinco) años o más de edad cronológica, mantenga una estatura menor a - 2,5 DE y esté creciendo en el último año a una velocidad menor a lo que indica el percentilo 50.

En caso de que la talla objetivo genética (TOG) se ubique por debajo del percentil 10, la estatura del paciente se analizará también en relación con la de sus padres.

El paciente deberá estar prepuberal con una edad ósea menor de 11 años, en las mujeres y menor de 12 años, en los varones.

Los datos enviados para solicitar financiación del tratamiento con hormona de crecimiento de pacientes con retardo de crecimiento intrauterino se evaluarán de acuerdo a todos los siguientes criterios:

- a) La **Edad Cronológica** debe ser mayor a los cinco años.
- b) La **estatura** del paciente debe ser menor de -2,5 DE de la media de referencia nacional.
- c) La **velocidad de crecimiento** calculada en base a datos obtenidos durante el año anterior a la presentación, deberá ser menor a la del percentilo 50 referidas en el standard británico.
- d) La **edad ósea**, evaluada por el método de Greulich y Pyle, debe ser menor o igual a 11 (once) años en las niñas y menor o igual a 12 (doce) años en los varones.
- e) La **ingesta calórica** del niño, debe estar garantizada dentro de las posibilidades razonables.
- f) La baja estatura del niño debe cumplir un papel central en la **salud biopsicosocial** del paciente y el aumento de la estatura inducido por el tratamiento debe participar, como factor importante, en una mejora de su **calidad de vida**.
- g) En los casos de pacientes con **patologías orgánicas** o genéticas causantes de RCIU/PEG asociados éstas deben estar adecuadamente caracterizadas y tratadas si correspondiere.
- h) Para la decisión de recomendar el financiamiento con hormona de crecimiento, la Comisión no tendrá en cuenta el estado funcional de la **hormona de crecimiento**. Sin embargo, los resultados del estudio de la secreción de esta hormona pueden llegar a ser un dato útil para una adecuada evaluación.
- i) En caso de **tratamientos previos** con hormona de crecimiento éstos deben haber demostrado su efectividad mediante la inducción del aumento significativo de la velocidad de crecimiento del paciente. Se considera tal a una aceleración de la velocidad de crecimiento igual o mayor a 3.0 cm/año calculado en un período de un año o que los datos del paciente se ubiquen dentro de los previstos para la predicción de respuesta de los pacientes con esta patología de acuerdo a los datos de Ranke y col (JCEM 88 (1):125-131, 2003). Se considerarán excepciones a esta situación de acuerdo a las argumentaciones presentadas por el médico tratante.

j) Si hubieren otras **deficiencias hormonales o patologías asociadas**, el tratamiento instituido debe ser informado y corresponder al de las prácticas adecuadas.

k) **Dosis financiada:** Para el tratamiento con hormona de crecimiento se aconsejará la financiación de una dosis de 0,33 mg /kg (1.0 UI) de peso corporal del paciente por semana. A los fines de facilitar la dosificación diaria se autorizarán redondeos entre 0,24 y 0,36 mg/Kg/sem (0.8 y 1.1 UI/Kg semana). Cuando la dosis semanal supere los 10 mg/semana (30 UI/sem) el cálculo se hará en base a la superficie corporal, aconsejándose la financiación hasta un máximo de 10 mg/m²/sem. (30 UI/m²/semana). La solicitud de dosis superiores será evaluada para cada paciente individual por la Comisión Asesora. La dosis máxima a considerar en el seguimiento y de acuerdo a la velocidad de crecimiento será de 0.47 mg/kg/semana (1.41 UI). Se deberá fraccionar la dosis semanal en administraciones diarias por vía subcutánea entre 5 a 7 aplicaciones semanales.

La **adecuación de dosis** corresponderá a los siguientes criterios:

1. Las adecuaciones de dosis se podrán hacer sólo cada 6 meses coincidiendo con las solicitudes de continuidad.
2. Se aceptarán las adecuaciones de dosis según la progresión del peso o superficie corporal.
3. Si la velocidad de crecimiento del paciente es inadecuada y la dosis es baja en relación al peso corporal, la adecuación se hará hasta alcanzar la dosis establecida como máximo a ser financiada.
4. Toda situación diferente a lo contemplado deberá discutirse en la Comisión Asesora.

j) **Criterios de seguimiento de pacientes para determinar la continuidad o suspensión del tratamiento.**

Continuidad del tratamiento: Durante el primer año de tratamiento se considerará una respuesta adecuada el incremento de la velocidad de crecimiento equivalente a 3 cm/año/año o más respecto de la velocidad previa al inicio del mismo o que la respuesta se ubique dentro de la predicción para los pacientes con esta patología de acuerdo a los datos de Ranke y col (JCEM 88 (1):125-131, 2003). El déficit de talla deberá ir disminuyendo a través del curso del tratamiento.

Durante el tratamiento deben controlarse además de la respuesta de crecimiento, la tensión arterial, los niveles de IGF-I, insulina y glucemia en ayunas. Los niveles de glucemia e insulina basales se controlarán cada 6 meses y los niveles de IGF-I una vez al año. En el caso de detectarse anomalías del metabolismo de los hidratos de carbono se recomendará la suspensión del tratamiento.

Suspensión del tratamiento: Si no se cumplen todos los requisitos enunciados en continuidad la Comisión Asesora podrá discutir la suspensión del financiamiento.

Si se produjeren interrupciones del tratamiento dependientes de causas inherentes al paciente, el reingreso al programa se hará sólo a solicitud del médico tratante con la debida justificación.

Finalización del tratamiento: Se dará por concluido el financiamiento del tratamiento en todo paciente que presente una velocidad de crecimiento menor a 3 cm/año durante un período de 6 meses, con edad ósea igual o mayor de 14 años en las mujeres e igual o mayor de 15 años en los varones. La velocidad de crecimiento establecida para la finalización del tratamiento difiere de la aceptada para continuidad por tratarse de diferentes etapas madurativas.

En caso de que el/la paciente alcance una estatura correspondiente al percentilo 3 del estándar nacional y mantenga una velocidad de crecimiento apropiada, la continuidad del tratamiento será discutida en la Comisión Asesora.

DISEÑO SUGERIDO PARA LAS PRUEBAS DE EVALUACION

SECTOR SOMATOTROFICO

PRUEBA DE EJERCICIO-PROPANOLOL:

Sacar dos muestras de sangre para el dosaje de hormona de crecimiento (GH) basales, con 30 minutos de intervalo. (-30'y 0').

Administrar propranolol por vía oral a una dosis de 20 mg en niños con peso inferior wazzu a 25 kg. y 40 mg en niños que superen dicho peso.

A los 120 minutos de la ingesta del propranolol, el paciente debe realizar, durante 20 minutos, un ejercicio estandarizado.

Extraer muestras de sangre para el dosaje de GH, a los 10 minutos de haber finalizado el ejercicio. (o sea a los 150 minutos de haber ingerido el propranolol). Se puede realizar una extracción adicional inmediatamente antes de iniciar el ejercicio.

Esta prueba no debe ser realizada en pacientes con antecedentes de hiperreactividad bronquial o asma.

PRUEBA DE CLONIDINA:

Sacar dos muestras de sangre para el dosaje de hormona de crecimiento (GH) basales, con 30 minutos de intervalo. (-30'y 0').

Administrar Clonidina, por vía oral, a una dosis de 0.1 mg/m² de superficie corporal.

Extraer sangre a los 60, 90 y 120 minutos de la ingesta de la clonidina.

En raras oportunidades, la clonidina puede desencadenar episodios de broncoespasmo en pacientes con antecedentes de hiperreactividad bronquial o asma.

PRUEBA DE ARGININA:

Sacar dos muestras de sangre para el dosaje de hormona de crecimiento (GH) basales, con 30 minutos de intervalo. (-30'y 0').

Realizar una infusión de arginina al 10% en 30 minutos. La dosis de arginina se calcula a razón de 0.5 gr. por kilogramo de peso corporal, hasta un máximo de 30 gr.

Extraer sangre en el momento de finalizar la infusión de arginina y luego de, 15, 30 y 60 minutos.

PRUEBA DE HIPOGLUCEMIA INSULINICA:

Se administra insulina cristalina, diluida en solución acuosa a una concentración de 1 UI/mL, por vía intravenosa, a una dosis de 0.05 0.1UI/kg. de peso corporal. Las extracciones para el dosaje de GH y glucemia se realizan en los siguientes tiempos: basal (en lo posible 2 muestras, -30 y 0 min) y 20, 30, 60 y 90 minutos postinyección de insulina.

En caso de que el paciente presente signos clínicos importantes de hipoglucemia o si la glucemia desciende por debajo de 20 mg/dL la prueba debe ser interrumpida mediante la inyección endovenosa, lenta, de una solución glucosada al 25%. Con la dosis de insulina recomendada esta situación ocurre muy excepcionalmente, aun en pacientes con insuficiencia hipofisaria.

PRUEBA DE GLUCAGON:

Se administra glucagon, por vía intravenosa, a una dosis de 0.03 mg/kg. de peso corporal. Se obtienen muestras para dosaje de GH y Glucemia en los siguientes tiempos: -30, 0, 90, 120 y 180 minutos.

NOTA: Para evitar pruebas con resultados falsamente patológicos, en pacientes peripuberales se realizará una **SENSIBILIZACION** previa con estrógenos o testosterona.

NIÑAS: cuando la edad ósea sea igual o mayor de ocho "años", sin la presencia de caracteres sexuales estrógeno dependientes (mama 1) se administrarán estradiol micronizado 1 a 2 mg/d vía oral por tres días o estrógenos conjugados a una dosis de 0.625 mg diarios vía oral durante tres a cinco días. La prueba de estímulo se realizará al cuarto o sexto día, respectivamente.

VARONES: cuando la edad ósea sea igual o mayor a 8 "años" y el desarrollo puberal sea menor de estadio genital 3 de Tanner, se administrarán 50 mg de testosterona de depósito por vía intramuscular o estradiol micronizado 1 a 2 mg/d vía oral por tres días. La prueba de estímulo se realizará al séptimo o cuarto día, respectivamente, de la aplicación.

7- HEMOFILIA: (ESTUDIOS ACTUALIZADOS ANUALMENTE)

-Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación.

-Informe médico de especialista (hematólogo), detallando tipo y severidad de la hemofilia.
-La planilla tendrá validez retroactiva de 2 meses.

-Historia clínica con fecha de diagnóstico, cuadro de presentación, tipo de tratamiento (profilaxis o a demanda), presencia o ausencia **de inhibidores circulantes.**

Estrategia terapéutica con detalle del **tipo y dosis** expresadas en Unidades por Kilo de peso corporal y dosis total.

Copia de **planilla de eventos hemorrágicos** con fecha de presentación y cantidad de envases de factor utilizado. Esta planilla debe estar firmada por el médico tratante.

-Tipos de tratamiento comprendidos en el módulo:

- Tratamiento a demanda

Fundamento terapéutico: Pacientes con diagnóstico de hemofilia A o B severa para el tratamiento de la hemorragia aguda espontánea o tratamiento odontológico o quirúrgico preventivo.

- Tratamiento como profilaxis

Fundamento terapéutico:

Profilaxis primaria:

Pacientes afectados de Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre), luego del primer episodio de hemorragia mayor o articular.

Profilaxis secundaria: Pacientes afectados de Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre) mayores de dos años de edad y menores de 18, que presenten más de dos hemorragias articulares, en una o más articulaciones blanco y sin secuelas articulares graves.

8- ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

-Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación.

-Receta de ObsBA todos los meses con dosis diaria y requerimiento mensual confeccionado por médico especialista en neurología.

-Hoja de patología original con datos del paciente, diagnóstico, medicación con dosis diaria y mensual. (Presentación semestral).

-Resumen de historia clínica anual donde conste la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento firmado por médico especialista en neurología.

-Estudios de imágenes y/o de laboratorio (LCR) que justifiquen el diagnóstico (serán presentados al inicio de su cobertura por el FC y actualizados según criterio de auditoría médica).

Deben informar y fundamentar modificaciones de dosis y/o de tratamientos.

Fundamento diagnóstico:

a) al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo. No se necesitan datos adicionales para el diagnóstico.

b) al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC.

c) un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones. Se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico.

d) un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente.

e) progresión neurológica insidiosa sugestiva de EM. Se necesita demostrar los criterios de EM descritos anteriormente.

Droga: Copolímero (Glatiramer Acetato)

Fundamento terapéutico: 1) Pacientes que han experimentado un primer episodio clínico bien definido de Esclerosis Múltiple (EM) o un síndrome clínico aislado sugestivo de EM, y están considerados como de alto riesgo para el desarrollo de EM clínicamente definida 2) Pacientes con EM remitente y recurrente (EMRR) para reducir la frecuencia de recaídas.

Droga: Interferón beta 1a

Fundamento terapéutico: Según los siguientes criterios: a) Forma remitente recidivante. b) Pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente.

Droga: Interferón beta 1b

Fundamento terapéutico: Según los siguientes criterios:

1) Forma remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años.

2) Forma secundaria progresiva clínicamente activa.

3) Pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente.

Droga: Natalizumab

Fundamento: Está indicado como tratamiento modificador de la enfermedad en monoterapia en la esclerosis múltiple remitente recidivante muy activa para los siguientes grupos de pacientes:

- Pacientes adultos de 18 años de edad o mayores con elevada actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con un interferón beta o con acetato de glatirámico. Estos pacientes pueden definirse como los que no han respondido a un curso completo y adecuado (normalmente un año de tratamiento por lo menos) de un interferón beta o del acetato de glatirámico. Los pacientes deben haber tenido al menos una recidiva durante el año anterior mientras recibían la terapia, y tener al menos 9 lesiones hiperintensas en T2 en la resonancia magnética (RM) craneal o al menos 1 lesión realizada con gadolinio. Los pacientes "no respondedores" pueden definirse también como los que presentan una tasa de recidiva igual o mayor, o recidivas graves activas, en comparación con el año anterior.

- Pacientes adultos de 18 años de edad o mayores con esclerosis múltiple remitente recidivante grave de evolución rápida definida por 2 o más recidivas incapacitantes en un año, y con 1 o 3 más lesiones realizadas con gadolinio en la RM craneal o un incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con una RM anterior reciente

Los pacientes tratados con Natalizumab deben recibir la tarjeta de alerta del paciente y ser informados de los riesgos del mismo. Después de dos años de tratamiento, los pacientes deben ser informados de nuevo sobre los riesgos de Natalizumab, especialmente del mayor riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP), y recibir instrucciones junto con sus cuidadores sobre los signos y síntomas precoces de la LMP. Se debe reconsiderar detenidamente la continuación del tratamiento en pacientes que no muestren signos de beneficio terapéutico después de 6 meses.

Droga: Dimetil Fumarato

Fundamento: tratamiento de pacientes adultos con esclerosis múltiple remitente-recurrente y dos o más recaídas en los últimos dos años, a fin de evitar la progresión y/o recurrencia de brotes.

Droga: Teriflunamida

Fundamento: tratamiento de pacientes adultos con esclerosis múltiple remitente-recurrente y dos o más recaídas en los últimos dos años, a fin de evitar la progresión y/o recurrencia de brotes.

9- ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA):

-Registro por parte del médico prescriptor en el Registro Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de Nación.

-Informe médico confeccionado por médico especialista en Neurología con copia de estudios realizados cada 6 meses de actualización.

-Informe del estado evolutivo de la enfermedad.

-Examen funcional respiratorio si correspondiera.

-Estudios que certifiquen el diagnóstico (signos de degeneración de motoneurona correspondiente), clínica, EMG. Estudios electrofisiológicos y por imágenes. (serán presentados al inicio de su cobertura por el FC y actualizados según criterio de auditoría médica).

Esquema terapéutico propuesto con dosis diaria y requerimiento mensual.

-Fundamento diagnóstico:

Presencia de:

a) Degeneración del tipo de neurona motora inferior, por examen clínico, electrofisiológico o neuropatológico.

b) Degeneración de neurona motora superior por examen clínico.

c) Extensión progresiva de los síntomas o signos dentro de una región o de otras regiones, determinados por medio de la historia clínica o exploración física.

Ausencia de:

a) Evidencia electrofisiológica o patológica de otra enfermedad o proceso que pueda explicar los signos de degeneración de neurona motora superior o inferior.

b) Neuroimagen de otro proceso o enfermedad que pueda explicar los signos clínicos y electrofisiológicos explicados.

Droga: Riluzole

Fundamento terapéutico: Tratamiento para prolongar la vida o el tiempo hasta la instauración de la ventilación mecánica en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica.

10- ANTIRRETROVIRALES PARA HIV

-Fundamento diagnóstico: Serología positiva para HIV (protocolo sólo para inicio de tratamiento)

-Informe médico confeccionado por médico especialista en Infectología, con fecha de diagnóstico de la enfermedad, estadio clínico, e informe de Infecciones Oportunistas y de Enfermedades Marcadoras.

-En caso de **modificación de esquema terapéutico** se debe actualizar Historia Clínica y especificar el motivo del cambio

-Exámenes de Laboratorio: Carga Viral para HIV y dosaje de CD4, en forma anual, con fecha de realización.

-Esquema terapéutico Antirretroviral propuesto, por monodroga y asociaciones para cubrir un mes de tratamiento.

-Esquemas terapéuticos anteriores, fallas terapéuticas y resistencia viral: Informe de esquemas previos y resultados. Para resistencia, los estudios de laboratorio correspondientes.

11- MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS C

- Informe Médico Completo y Actualizado firmado por médico especialista en Hepatología.
- Diagnóstico de Hepatitis C por Serología de Anticuerpos Anti Virus de Hepatitis C, Genotipo y Sub-Tipo de Virus C, Carga Viral de Virus C (HCV-RNA) realizada dentro de los últimos 6 meses previos a la fecha de solicitud de inicio de cobertura a través del FC.
- Estudios para evaluar el grado de Fibrosis Hepática mediante Elastografía y/o Fibroscan y/o Fibrotest y/o Biopsia Hepática y/o Endoscopia Digestiva, o con cuadro clínico de cirrosis descompensada. Informe de si presenta Cirrosis y si está compensada o descompensada.
- Informe de Co-morbilidades Hepáticas y Generales (incluyendo Co-Infectados); de compromiso extrahepático por el virus C (tipo y severidad); de si es trasplantado y de qué órgano o si está en Plan de Trasplante. De si se halla en tratamiento de Hemodiálisis. De si es personal de salud con riesgo de transmisión.
- Los estudios diagnósticos se deben presentar al inicio de cobertura por el FC, posteriormente hasta finalizar el tratamiento se presentara solamente la receta.
- Informe de los tratamientos previos realizados para Hepatitis C y sus resultados.
- A los 8 meses se debe presentar actualización de Historia Clínica.

NORMATIVA PARA AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES DE TRASPLANTE A TRAVES DEL FONDO COMPENSADOR

Descripción de las etapas del proceso de inscripción:

1) Indicación de evaluación pre-trasplante:

-Proceso de inscripción en lista de espera: comienza cuando el jefe o subjefe del equipo de trasplante o el Director Médico del centro de diálisis (en caso de que el paciente se encuentra bajo tratamiento de diálisis e inscripto en el Registro Nacional de IRCT) le indica la evaluación pre-trasplante al paciente.

-Una vez registrada la indicación de evaluación pre trasplante, el financiador (ObsBA) tendrá que completar la autorización de evaluación pre-trasplante dentro de los 30 días corridos.

2) Autorización del financiador para la evaluación pre-trasplante:

-Una vez registrada la indicación de evaluación pre-trasplante, el financiador del paciente debe autorizar la misma y determinar en qué establecimiento se podrá llevar a cabo.

-El financiador deberá especificar si autoriza o no la evaluación pre trasplante.

3) Evaluación pre-trasplante:

-Otorgada la autorización por el financiador y confirmado el centro de trasplante habilitado donde se llevará a cabo la evaluación pre-trasplante, se debe dar curso a la misma.

-El equipo de trasplante, determinara si el paciente resulta:

a) "Apto Para Trasplante - Continúa el Proceso de Inscripción". En este caso el flujo del proceso continua en la etapa 4.

b) "No Apto Transitorio - Se Mantiene Abierto el Proceso de Inscripción". En este caso el proceso queda abierto hasta que el equipo de trasplante modifique esta situación

c) "Se Indica Evaluación en otra lista de espera - En este caso se interrumpe el proceso de inscripción sin posibilidad de continuar.

d) "No Apto Definitivo - Se Interrumpe el Proceso de Inscripción". En este caso se interrumpe el proceso de inscripción sin posibilidad de continuar.

4) Autorización del financiador para el trasplante:

-Registrado el "Apto Para Trasplante" como resultado de la evaluación pre trasplante y acompañado de los estudios inmunológicos, si corresponden, se debe resolver la cobertura para el trasplante del paciente.

-La autorización de financiamiento para el trasplante funciona de la misma manera que para la evaluación pre-trasplante, pero en otra etapa del proceso de inscripción.

5) Efectivización de la inscripción:

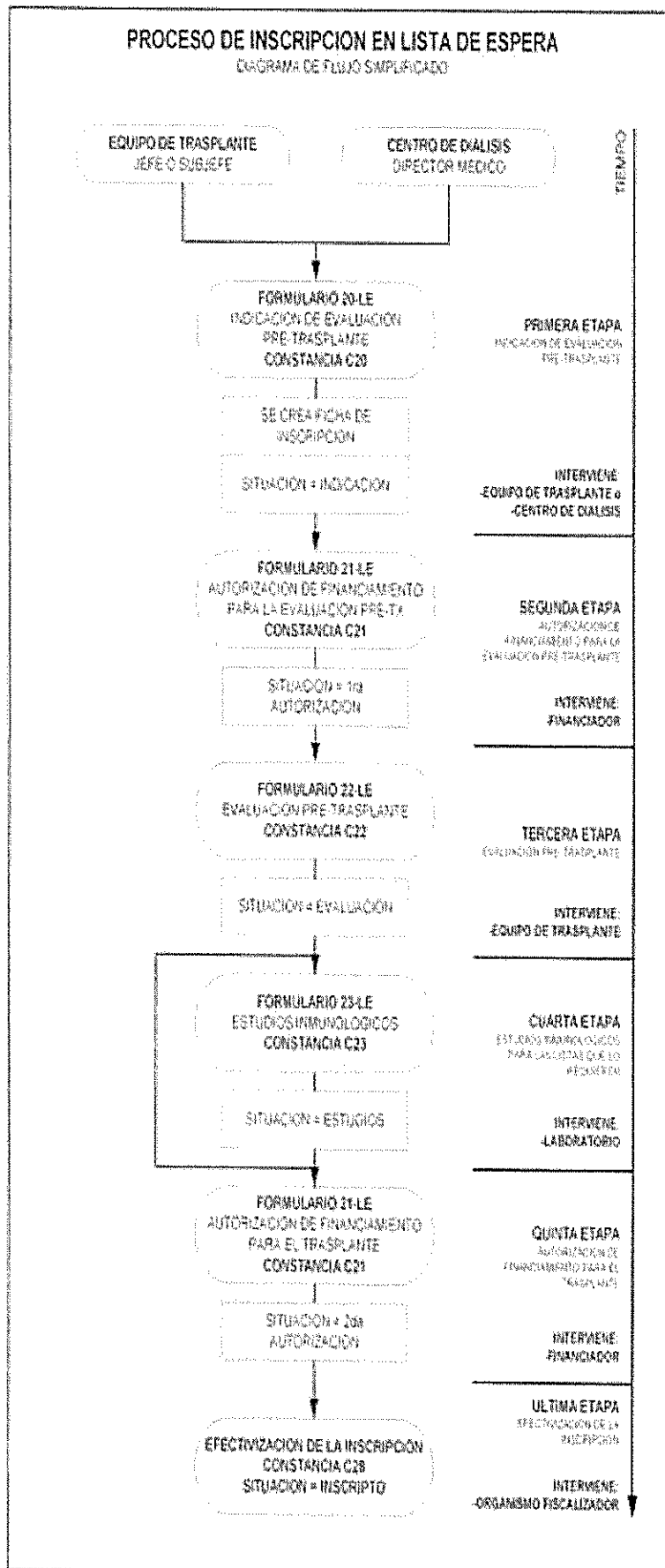
-Una vez cumplimentadas las etapas descriptas, el Coordinador Provincial, previa verificación de la documentación respaldatoria, podrá efectivizar la inscripción o interrumpir el proceso. En el primer caso el paciente quedará efectivo y habilitado para intervenir en los procesos de distribución de la lista correspondiente, en el segundo caso, la inscripción no se hará efectiva.

ALEJANDRO ...
COORDINADOR ...



IMAGMED S.A.
Lic. Fernanda Von Wulffen 61
ARBERADA

Diagrama de flujo simplificado de inscripción en Lista de Espera




- Para que la DGAMT pueda corroborar que el paciente cumplimento los requisitos para intervenir en los procesos de distribución de la lista de espera, se enviara una captura de pantalla de la FICHA DE

INSCRIPCIÓN dentro del sistema SINTRA (ver imagen). Esta ficha no corresponde a la inscripción fehaciente del paciente en lista de espera.

- La Ficha de Inscripción, emitida por INCUCAI, contiene los datos del paciente y es prueba suficiente del inicio del proceso de inscripción.
- Una vez realizada al inscripciones lista de espera, la distribución de órganos puede demorar un tiempo prolongado por lo tanto el equipo de trasplante actualizara anualmente la aptitud para recibir el órgano.
- En el caso que el paciente continúe apto para el proceso de distribución el INCUCAI no emitirá una nueva inscripción en la lista. El afiliado continuara inscripto.

FICHA DE INSCRIPCIÓN

 INSTITUCIÓN DE INSCRIPCIÓN DE PROBABILIDAD Y TRASPLANTE DE LA REPÚBLICA ARGENTINA Listas de Espera de Órganos y Tejidos						María Laura Romero Operador Financiador
Ficha de inscripción en lista de espera RENAL Ficha de inscripción # [REDACTED]						Ayuda Agenda Instructivo
Potencial receptor	Indicación de evaluación pretrasplante	Autorización de evaluación	Evaluación pretrasplante	Estudios Inmunológicos	Autorización de trasplante	Inscripción
Datos personales del potencial receptor (formulario solo lectura)						
Apellido: [REDACTED] Nombre: [REDACTED] Tipo de documento: DNI Número: [REDACTED] Sexo: [REDACTED] Fecha de nacimiento: [REDACTED] Nacionalidad: [REDACTED] Estado civil: [REDACTED]						
Domicilio del potencial receptor						
Calle: [REDACTED] Nro: [REDACTED] Piso: -sin dato- Dpto: -sin dato- Provincia: [REDACTED] Partido/Departamento: [REDACTED] Localidad: [REDACTED] CP: [REDACTED] Teléfono 1: PARTICULAR [REDACTED] Teléfono 2: CELULAR [REDACTED] Teléfono 3: FAMILIAR [REDACTED] Teléfono 4: -sin dato- -sin dato- Teléfono 5: -sin dato- -sin dato- Correo electrónico: [REDACTED]						
Comisaría o destacamento policial más cercano al domicilio del potencial receptor						
Comisaría/destacamento: -sin dato- Teléfonos: -sin dato-						
<input type="button" value="Terminar"/>						

Para una mejor visualización se recomienda utilizar Google Chrome

[Faint signature]

[Signature]
IMAGMED S.A.
 Lic. Fernanda Von Wulffen
 APODERADA

[Handwritten mark]

ANEXO IV

NORMAS OPERATIVAS OBSBA Y FONDO COMPENSADOR

La presente normativa tiene vigencia a partir del 01-01-2023 y se deberá cumplir con la validación a través de TRADITUM según lo establecido en los contratos.

-Prestaciones primer nivel de atención:

Se podrán hacer tres (3) consultas mensuales con un máximo de cinco (5) anuales por afiliado. Si el prestador supera lo establecido deberá presentar con la factura un resumen de historia clínica justificando el motivo de las consultas extras. Hasta el cumplimiento de dicha presentación y hasta aprobación por parte de Ob.SBA dichas consultas no serán computadas para el pago mensual.

-Estudios diagnósticos ambulatorios:

Se podrán hacer tres (3) estudios mensuales con un máximo de cinco (5) anuales por afiliado. Si el prestador supera lo establecido deberá presentar con la factura un resumen de historia clínica justificando el motivo de las consultas extras. Hasta el cumplimiento de dicha presentación y hasta aprobación por parte de Ob.SBA no serán computados para el pago mensual. Se deberá realizar la validación a través de TRADITUM.

-Consultas en centros de segundo o tercer nivel de atención:

Deberán solicitar autorización vía on line a perifericos.honorio@obsba.gov.ar. En relación a la cantidad de consultas se deberán respetar la normativa mencionada en el párrafo anterior.

-Prestaciones que requieran internación:

La solicitud de prestaciones con internación serán enviadas por el Prestador o afiliado vía on line a las direcciones de correo electrónico:

- a. Prestaciones Anexo Obsba: auditoria05.cuda@obsba.org.ar
- b. Prestaciones de Anexo Fondo Compensador (FC): compensadorf@gmail.com

La pre-autorización emitida por las diferentes auditorías será enviada por correo electrónico al prestador quien a partir de su recepción estará autorizado para determinar fecha quirúrgica.

La documentación correspondiente a prestaciones de FC deberá estar acorde a lo establecido en la Disposición-2023-2-GCABA-DGAMT. "Documentación necesaria para la autorización de prestaciones a través del Fondo Compensador". Para el resto de las prestaciones de Obsba se deberá enviar:

- Carnet de afiliación.
- DNI
- Último recibo de sueldo.
- Resumen completo de historia clínica con antecedentes patológicos, tratamiento recibido, antecedentes de la enfermedad actual donde esté justificada la práctica a realizar.
- Estudios de diagnósticos que justifiquen la prestación.
- Toda la documentación y estudios deben tener los datos completos del afiliado, logo institucional, fecha, firma y sello legible del médico prescriptor.

En caso de cirugía de urgencia se deberá proceder a la realización de la prestación sin autorización previa. Posteriormente el Prestador deberá enviar por correo electrónico la facturación adjunta documentación médica post para su autorización.- En la solicitud médica deberá constar la justificación de la urgencia.

PRESENTACION DE LA FACTURA

-Prestaciones Ambulatorias: <https://portal.dguiaf-qcoba.gov.ar>

-Prestaciones que requieren internación:

IMAGMED S.A.



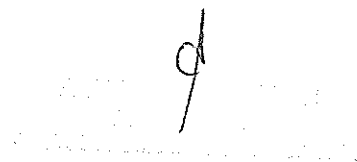
IMAGMED S.A.
Lic. Fernanda Von Wulffen
COBERRADA

Culminada la realización de la prestación autorizada, el prestador, emitirá la facturación correspondiente. Deberá acompañar a la factura la solicitud de provisión, el protocolo quirúrgico, el certificado de implante y los troqueles, stickers.

Por facturación de prestaciones incluidas en el Anexo de ObSBA en internación y ambulatorio a:
<https://portal.dguiaf-gcba.gov.ar>

Por facturación de prestaciones incluidas en el Anexo de FC al e mail:
facturacion.fondocompensador@gmail.com

NOTA: En caso que las presentes normas sean modificadas, se notificará al Prestador de dicha cuestión.



IMAGMED S.A.
Lic. Fernanda Von Wulffen
ARODERADA

