

## **Resolución 1200/2012**

**Créase Sistema Unico de Reintegros. Normas generales. Limítase vigencia temporal de Normas —APE—.**

**Bs. As., 21/9/2012**

VISTO el Expediente 216983/12, del registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la Ley 23.661, el Decreto N° 1198/12-PEN y la Resolución N° 500/04 y sus modificatorias de la ex - ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 24 de la Ley 23.661 establece que los recursos del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION se utilizarán para apoyar financieramente a los Agentes del Seguro mediante el establecimiento de subsidios de conformidad que la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD determine.

Que, en oportunidad de su constitución, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD conservó los objetivos, competencias, funciones y responsabilidades de la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (ANSSAL).

Que mediante el dictado del Decreto N° 1198/12-PEN se dispuso la absorción de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES dentro de la estructura organizativa de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a efectos de —tal como se detalla en sus considerandos— asegurar un contexto de mayor control y cumplimiento de las funciones esenciales del Estado y para lograr eficiencia en la gestión pública.

Que esta SUPERINTENDENCIA tiene un plazo de NOVENTA (90) días para presentar ante el MINISTERIO DE SALUD, la nueva estructura organizativa.

Que entre los objetivos de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES (APE), se encontraba el de asegurar a los beneficiarios del Sistema de Seguro de Salud el acceso a prestaciones originadas en la atención de enfermedades de baja incidencia y alto impacto económico, así como de otras de largo tratamiento, administrando en forma equitativa y justa los fondos provenientes del aporte solidario de las Obras Sociales.

Que la Resolución N° 500/2004-APE estableció el PROGRAMA DE COBERTURA DE PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES, a través del cual la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES otorgaba apoyo financiero para el pago de las prestaciones mencionadas en el considerando anterior y cuyo detalle se incluía en los Anexos de la misma.

Que las enfermedades de baja incidencia y alto impacto económico representan a las comúnmente denominadas enfermedades catastróficas, así catalogadas por el alto impacto que suponen frente al abordaje diferente del resto de las enfermedades, y por la fuerte erogación que implican para quienes las financian, desde la óptica no solo de los ingresos familiares de quien la padece, sino también de los Agentes de Salud pertenecientes al Sistema Nacional de la Seguridad Social.

Que en la actualidad resulta necesario enfatizar objetivos orientados hacia el beneficiario como Sujeto de Derecho que padece una enfermedad catastrófica. Es decir que los reintegros se otorguen no solo para subvencionar a los Agentes de Salud, sino fundamentalmente, a fin de asegurar servicios de salud a las personas que cursen las enfermedades incluidas en el programa.

Que la Resolución mencionada ha recibido varias modificaciones sustanciales en lo atinente a las prestaciones pasibles de ser subsidiadas o reintegradas por el Programa y a los procedimientos y requisitos necesarios para la obtención del apoyo financiero.

Que en atención a todo ello y al tiempo transcurrido desde el dictado de la Resolución N° 500/04-APE, dado el carácter dinámico del conocimiento científico y el avance de nuevas tecnologías médicas, resulta necesario reformular el Programa original, para una mejor calidad de atención de los beneficiarios del Seguro de Salud, en el sentido de arribar a diagnósticos más acertados, seguros, rápidos y acceder a tratamientos adecuados que eleven la esperanza y calidad de vida.

Que las reformulaciones consisten, básicamente, en incorporar y/o exceptuar ciertas prestaciones médicas para lo cual se tomaron criterios de análisis basados en la evidencia científica, efectividad, costo, costo efectividad y alternativas, normas y autorizaciones por parte de los Organismos Nacionales Regulatorios, definición del par necesidad-tratamiento y definición de condiciones especiales de cobertura.

Que a fin de enfatizar objetivos orientados hacia el beneficiario como Sujeto de Derecho que padece una enfermedad catastrófica, resulta conveniente que el ordenamiento de las prestaciones y medicamentos a incorporar sea por patología, con el principio de dar la prestación desde un fundamento médico, sólido, lógico y adecuado, buscando una mayor eficiencia y efectividad en la gestión.

Que de la experiencia recogida se considera conveniente reconsiderar los procedimientos y requisitos necesarios para la obtención del reintegro, unificando la normativa existente y estableciendo nuevos circuitos que tornen más transparente, ágil, operativo y eficaz el procedimiento.

Que para la elección de las patologías a incorporar se tomó en cuenta la propuesta elaborada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y los informes técnicos de la GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA y de la SUBGERENCIA DE INFORMATICA.

Que a los fines de agilizar el procedimiento de reintegro, es conveniente agrupar dichas enfermedades en dos listados, uno para solicitud de reintegro de medicamentos y otro para solicitud de reintegro del resto de las prestaciones médicas.

Que es necesario aclarar que el enunciamiento de las mencionadas enfermedades no implica el reconocimiento de todos los gastos que supone su tratamiento, sino solo las prestaciones médicas de elevado costo que esta SUPERINTENDENCIA estime.

Que esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD tiene como objetivo que los beneficiarios del Seguro de Salud tengan un acceso equitativo a los recursos tecnológicos de avanzada que requieran para el tratamiento de su enfermedad en el marco de la mejora de la calidad de la atención, optimizando los recursos disponibles, y dando dinámica y transparencia a la gestión institucional.

Que habida cuenta de la absorción de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES dentro de esta SUPERINTENDENCIA y de la necesidad de reformular el sistema de reintegros, resulta conveniente proceder al cambio de su denominación, el que se llamará SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (SUR).

Que en la implementación del nuevo sistema de reintegros los Agentes de Salud deberán acreditar no solo el efectivo pago de la prestación a reintegrar sino también su efectivo cumplimiento.

Que la presente resolución tendrá vigencia para los reintegros de las prestaciones realizadas a partir de la publicación de la misma.

Que atento a ello la Resolución N° 500/2004-APE y sus modificatorias siguen vigentes en forma transitoria, sólo para las prestaciones realizadas en forma previa a la publicación de la presente.

Que la GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA, la GERENCIA DE ASUNTOS JURIDICOS y la GERENCIA GENERAL han tomado la intervención que les compete.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° 1615/96 y N° 1008/12-PEN.

Por ello,

LA SUPERINTENDENTA DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

**Artículo 1°** — LIMITASE la vigencia temporal de las Resoluciones N° 500/04-APE y todas sus modificatorias; N° 1276/02-APE; N° 999/03-APE; N° 6080/03-APE; N° 7800/03-APE; N° 8970/03-APE; N° 9486/03-APE; N° 5656/04-APE; N° 5700/04-APE; N° 7700/04-APE; N° 10060/04-APE; N° 11300/04-APE; N° 17562/2004-APE; N° 5867/2005-APE; N° 6200/05-APE; N° 9000/05-APE; N° 9500/05-APE; N° 9800/05-APE; N° 13333/2005-APE; N° 15000/05-APE; N° 16200/2005-APE; N° 16300/05-APE; N° 350/06-APE; N° 186/06-APE; N° 5000/06-APE; N° 9494/06-APE; N° 1100/2007-APE; N° 6592/2007-APE; N° 16565/2007-APE; N° 18621/07-APE; N° 19133/07-APE; N° 223/2008-APE; N° 6313/2008-APE; N° 24028/2008-APE; N° 16890/2009-APE; N° 2299/10-APE; N° 6800/2010-APE; N° 1915/2010-APE; N° 13453/10-APE que deroga las Resoluciones Nros.: 3000/05-APE; 3070/06-APE; 2500/06-APE y 5600/03-APE; N° 20658/10-APE que deroga las Resoluciones Nros.: 18.621/07-APE y 19.133/07-APE; N° 25300/10-APE que modifica la Resolución N° 5700/04-APE; N° 1650/2011-APE que modifica la Resolución N° 1915/10-APE; N° 5876/2011-APE que modifica la Resolución N° 400/99-APE; N° 24750/11-APE; Resolución N° 10800/2004-APE y concordantes, para la tramitación de los reintegros de las prestaciones realizadas por los Agentes del Seguro, en forma previa a la publicación de la presente.

**Art. 2°** — CREASE el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (S.U.R.) para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro con la modalidad establecida en los ANEXOS I y II para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

**Art. 3°** — APRUEBASE el listado de patologías incorporado como ANEXO III por las cuales los Agentes de Salud podrán solicitar reintegros por prestaciones vinculadas a ellas.

**Art. 4°** — APRUEBASE el listado de patologías incorporado como ANEXO IV por las cuales los Agentes de Salud podrán solicitar reintegros por medicamentos vinculados a ellas.

**Art. 5°** — APRUEBASE el listado de valores máximos a reintegrar por medicamentos incorporado como ANEXO V por los cuales los Agentes de Salud podrán solicitar reintegros.

**Art. 6°** — DEROGASE toda vía de excepción en la tramitación de los reintegros.

**Art. 7°** — INSTRUYASE a la Gerencia General de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para que, con intervención de las áreas técnicas correspondientes en los temas de su competencia, revise el listado de prestaciones y medicamentos incluidos en los Anexos III y IV, a fin de garantizar la continua actualización de los mismos.

**Art. 8°** — El SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (SUR) se realizará según las disponibilidades presupuestarias y las razones de oportunidad, mérito, y conveniencia en tanto el Agente de Salud haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento.

**Art. 9°** — La presente Resolución tendrá vigencia para los reintegros de las prácticas realizadas a partir de la publicación de la misma.

**Art. 10.** — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Liliana Korenfeld.



I. Los Agentes del Seguro de Salud de la República Argentina deberán ingresar al sitio Web del SISTEMA (<http://sur.sssalud.gov.ar>) para efectuar las solicitudes de reintegros y turnos para su atención.

II. Para ingresar, los Agentes deben contar con las credenciales de acceso específicas para el sistema SUR que se solicitarán por ante la Mesa de Entradas.

a. La forma de realizar la solicitud de la nueva clave de acceso o la restitución de la misma deberá contener fotocopia de la designación de autoridades, la firma de la autoridad y el nombre de la persona autorizada para retirar dicha clave.

III. El Agente de Salud deberá aportar la siguiente información para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero en el marco del SISTEMA UNICO DE REINTEGRO, cargando los siguientes datos:

a. Indicar la Normativa que comprende el Reintegro: Anexo III o Anexo IV.

b. Indicar la patología.

c. Ingresar N° de CUIL/CUIT del Beneficiario.

d. Indicar el N° de Afiliado.

e. Indicar los conceptos específicos por prestaciones o medicación.

f. Ingresar los datos de los comprobantes contables y el tipo de comprobante.

IV. La asignación de turnos se realizará desde la misma aplicación en la solapa Turnos. Una vez seleccionada, se desplegará un menú con los días disponibles y se elegirá el conveniente para la Obra Social. Se mostrará por pantalla un comprobante que deberá ser impreso y presentado en la Mesa de Entradas.

V. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a realizar la validación de la información suministrada por el Agente de Salud con la información de los datos del afiliado y su empadronamiento en la respectiva obra social insinuante con el Padrón de Beneficiarios, el Registro de Prestadores, el Registro de las autoridades con mandato vigente y con la información aportada por la ANSES, AFIP, ANMAT y otros organismos públicos.

VI. Cada solicitud de reintegro deberá ser presentada el día del turno asignado con la constancia emitida y nota dirigida a la máxima autoridad de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, suscripta por el representante legal de la entidad solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público.

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

a. El Agente de Salud solicitante reconoce que el apoyo financiero petitionado no es obligatorio para el SISTEMA UNICO DE REINTEGROS, que éste lo podrá otorgar según las disponibilidades presupuestarias y razones de oportunidad, mérito, y conveniencia en tanto el Agente de Salud haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno en favor del Agente de Salud solicitante.

b. El Agente de Salud acepta que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dispondrá el valor máximo del apoyo financiero a reconocer conforme a los montos que se establezcan al efecto.



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

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

e. El Agente de Salud solicitante acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva del Agente de Salud, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones canalizarse a través del Agente de Salud, no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y/o sus diversas áreas, sin ninguna excepción.

f. El Agente de Salud acepta prestar toda su colaboración, sin oposición, para la realización de auditorías dispuestas por la Superintendencia de Servicios de Salud y brindar toda la información a efectos de llevar a cabo las estadísticas de evaluación de los beneficiarios, como así garantizar la aceptación de la extensión de la auditoría a los prestadores públicos y/o privados y los proveedores que brinden las prestaciones que sean base de la solicitud del SISTEMA UNICO DE REINTEGRO. Para el caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones previstas en el Artículo 42º y concordantes de la Ley 23.661 a cuyo fin el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO extraerá fotocopia certificada y la remitirá al Departamento de Sumarios y Sindicatura.

g. El Agente de Salud declara que en cumplimiento de la Resolución 594/11 ha procedido a verificar la trazabilidad de los medicamentos dispensados a su población beneficiaria conforme el procedimiento metodológico informado a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. En el caso de medicación no alcanzada por la Resolución respectiva, acompañará la certificación de los troqueles por el laboratorio de origen. La falta de cumplimiento dará lugar al rechazo de la insinuación.

h. El Agente del Salud acepta la notificación electrónica de las providencias y resoluciones emitidas en el marco del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS.

VIII. El Agente de Salud deberá indicar en la nota la siguiente información:

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

b. Número y tipo de beneficiario.

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

d. Monto solicitado expresado en moneda de curso legal.

e. Dirección de la casilla de correo electrónico en la que se recepcionarán las notificaciones.

f. Los requisitos del ANEXO II de la presente Resolución.

IX. La presentación de la solicitud del apoyo financiero con la documentación que lo sustente, se presentará por la Mesa de Entradas del Sistema Unico de Reintegros, la que procederá a su verificación administrativa, contable, fiscal y prestacional, conforme el ingreso de los datos en el sistema, otorgándole número de expediente a aquellas insinuaciones que contengan toda la documentación respaldatoria o, en su defecto, devolverá el trámite con el requerimiento de los

faltantes. Para ingresar las insinuaciones con los faltantes agregados deberá solicitar nuevo turno.

X. El SISTEMA UNICO DE REINTEGROS procederá a enviar a control de legalidad los trámites de expediente de solicitudes completas.

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

XII. La liquidación y pago del reintegro se practicará por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente.



## NORMAS GENERALES

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

### I - REINTEGRO DE PRACTICAS:

Para la presentación de las solicitudes de reintegros de prácticas se requiere:

#### 1. Historia Clínica

a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido, número de beneficiario, N° de documento, edad, sexo y categoría del mismo).

b. Diagnóstico.

c. Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.

d. Estudios complementarios que avalen el diagnóstico.

e. Consentimiento informado bilateral.

f. La Historia Clínica firmada y sellada por el médico tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.

g. Prescripción de la práctica firmada y sellada por médico especialista.

h. Lugar y fecha del tratamiento.

#### 2. Parte quirúrgico según corresponda

#### 3. Epicrisis

#### 4. Documentación comercial

a. Original del certificado de implante, avalado con firma y sello del médico auditor.

b. Duplicado de la factura y recibo cancelatorio de la compra del implante o de la prestación del servicio sometido a reintegro firmado por contador y auditor médico del Agente del Seguro.

#### 5. TRANSPLANTES

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

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

b. El importe por la procuración del Organo, será solicitado por el INCUCAI, u Organismo Regional, o Jurisdiccional, en caso de ser uno de éstos el actuante, y abonado al mismo por Tesorería de acuerdo a los valores establecidos en la Resolución Ministerial que correspondiere.



c. No se reintegrarán prácticas de transplantes en el exterior a excepción del caso del transplante no relacionado de médula ósea a través del INCUCAI.

d. En toda presentación relacionada con pre-transplantes o transplantes se deberá adjuntar constancia fehaciente de que el paciente se encuentra incorporado en el SINTRA.

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

## 6. DISCAPACIDAD HIV Y ADICCIONES

En los casos de Discapacidad, HIV y tratamiento de Adicciones la presentación de los expedientes se realizará en forma semestral.

## 7. INSUMOS Y PROTESIS

Los insumos y/o prótesis deben tener la habilitación reglamentaria de la ANMAT para los productos nacionales y para los importados. Además contarán con la respectiva habilitación de AMBISA FDA y/o ECE. Los proveedores de estos insumos también deben presentar la habilitación correspondiente de ANMAT como fabricante o importadores según correspondiere.

## II - REINTEGRO DE MEDICAMENTOS

1. Para la presentación de las solicitudes de reintegros de medicamentos se requiere que la Historia Clínica contenga:

a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido, número de beneficiario, N° de documento, edad, sexo y categoría del mismo).

b. Diagnóstico.

c. Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.

d. Estudios complementarios que avalen el diagnóstico.

e. Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada.

f. Tiempo de tratamiento estipulado.

g. Consentimiento informado bilateral.

h. Historia Clínica firmada y sellada por el médico tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud

i. Prescripción de la medicación que se solicita para reintegro, firmada y sellada por médico especialista afín a la patología.

j. Lugar y fecha del tratamiento y de la prescripción.

2. La Receta Médica original deberá contener:

a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido, número de beneficiario, N° de documento, edad, sexo y categoría del mismo).

- b. Firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.
- c. Diagnóstico.
- d. Fecha de prescripción y de dispensa.
- e. Firmada y sellada por el responsable de la farmacia.
- f. Los medicamentos deben estar prescritos de acuerdo a la Ley N° 25.649 por nombre genérico.
- g. Firmada por afiliado o tercero interviniente, aclaración de firma y DNI.
- h. Troqueles adheridos a la receta original o el número de GTIN seriado con fecha de vencimiento y lote en el ticket fiscal adjunto a la receta original. En el caso de troqueles adheridos, sólo se aceptarán cuando el medicamento no esté aún trazado.

### 3. Documentos comerciales.

- a. Certificado original o fotocopia donde figure GLN o CUFE de la farmacia o establecimiento de internación responsable de la entrega de la medicación. Firmado y sellado por el auditor responsable de trazabilidad.
- b. 2.a. Ticket fiscal o factura B de la farmacia o centro de internación adherido a la receta firmada por el beneficiario o tercero (contrato por dispensa y/o administración), deberá contener la siguiente información:
  - i. Razón social de la farmacia o de la institución que suministró los medicamentos.
  - i. Número de CUIT del establecimiento.
  - ii. Domicilio del establecimiento.
  - iii. GTIN seriado de los medicamentos.
  - iv. Vencimiento y lote de los medicamentos.
- c. Original o fotocopia del recibo de pago cancelatorio de la prestación a la Farmacia o a quien emitiera la orden de dispensa o administración firmado por el contador y el auditor médico del Agente del Seguro.
- d. La farmacia dispensadora, sea cual fuere la modalidad del contrato, se hallará dentro de la jurisdicción provincial donde vive o realiza el tratamiento el paciente, coincidente con el domicilio declarado ante la farmacia.

### III – AUDITORIA

En todos los casos, la Superintendencia de Servicios de Salud se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.

### IV - VALORES DE LA PRESTACION

El Sistema Unico de Reintegro otorgará apoyo financiero a las prestaciones y medicamentos incluidos en el Anexo III y IV hasta el monto máximo que se establece en el Anexo V.

### V - REGISTRO DE PRESTADORES

Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a los Agentes del Seguro de Salud para las prácticas mencionadas en la presente resolución, deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. El Sistema Unico de Reintegro no dará curso a solicitudes en los que el prestador o prestadores no cumplimenten este requisito.

#### VI - INFORME DE AUDITORIA MEDICA

El Informe de Auditoría Médica de las prestaciones, será efectuado por el Agente del Seguro al que pertenezca el beneficiario de acuerdo con los procedimientos que tenga implementados, pudiendo esta Superintendencia supervisarlo por intermedio de sus profesionales o disponer que éstos también la efectúen.

#### VII - CESION DE DERECHO DE COBRO

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

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





# ANEXO III: PRESTACIONES

| Sistema orgánico funcional          | Afección de la salud              | Patología                                                                                                 | Tecnología                                                                                                                                   | Prestación                                                                                                                               | Fundamento Diagnostico                              | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Valor a reintegrar |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Cardiovascular central y periférico | Enfermedad cardiovascular central | Cierre de comunicación interauricular                                                                     | Cierre percutáneo con dispositivo tipo Amplatzer                                                                                             | Insumo                                                                                                                                   | Ecocardiograma Doppler Color y estudio hemodinámico | Cierre de CIA tipo ostium secundum si: CIA < de 40 mm de diámetro; Fontán fenestrado con prueba de oclusión; presiones pulmonares menores a 50% de las sistémicas; con bordes de por lo menos 4 mm hacia vena cava superior, vena cava inferior, vena pulmonar derecha superior, seno coronario y válvulas AV, sobrecarga volumétrica cavidades derechas. | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico- estado evolutivo y Diagnóstico de certeza. "Evolución postoperatoria. "Ecodoppler color. "Estudio hemodinámico (si fuera necesario). "Interconsulta con equipo de Cirugía Vascular que justifique médicamente la necesidad de efectuar el cierre por vía transcatéter (no por cirugía a cielo abierto) firmada y sellada por el Jefe del equipo. "Protocolo quirúrgico del procedimiento firmado y sellado por el cirujano interviniente. "Consentimiento informado firmado por el paciente, familiar o tutor y el médico que realizará el procedimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$ 40.000          |
| Cardiovascular central y periférico | Enfermedad cardiovascular central | Insuficiencia cardíaca en espera de trasplante cardíaco (transitorio)                                     | Dispositivo de asistencia ventricular (corazón artificial)                                                                                   | Módulo que incluye la central de asistencia circulatoria, tubos, colocación de los mismos y todos los materiales descartables necesarios | Clinica y exámenes complementarios                  | Shock cardiogénico refractario con soporte inotrópico a dosis máximas y balón de contrapulsación (si no hay contraindicación) como puente transitorio al trasplante cardíaco.                                                                                                                                                                             | Documentación médica específica: "Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados por los que se ha llegado al diagnóstico definitivo de shock cardiogénico que requiere sistema de asistencia circulatoria transitoria como puente al trasplante. "Esquemas terapéuticos instituidos con drogas/dosis/ y respuesta. "Las drogas utilizadas para el tratamiento del cuadro de base deben ser a dosis máximas documentando la refractariedad a las mismas. "Documentar la no existencia de causas médicas de exclusión para la indicación del sistema tales como: sepsis sistémica-carcinoma metastásico- Insuficiencia renal con cifras de creatinina superiores a 5mg%-Deterioro neurológico severo-No candidato a trasplante cardíaco "Protocolo quirúrgico del procedimiento de colocación de los tubos ventriculares firmado y sellado por el cirujano interviniente. "Constancia de alquiler de la consola central y de la bomba propulsora firmada por el Auditor Médico del Agente de Salud. "Consentimiento informado firmado por familiar responsable o tutor legal. | \$ 1.000.000       |
| Cardiovascular central y periférico | Enfermedad cardiovascular central | Insuficiencia cardiovascular de resolución quirúrgica (incluyendo valvulopatías, isquémicas y congénitas) | Materiales descartables para realizar cirugía cardiovascular central con bomba de circulación extracorpórea o estabilizador e insumos varios | Módulo de Cirugía Cardiovascular Central                                                                                                 | Clinica y exámenes complementarios                  | Para pacientes que tengan indicación de cirugía con requerimiento de bomba extracorpórea o estabilizador.                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentación médica específica: "Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y diagnóstico de certeza de la patología que requiere cirugía central a cielo abierto para su tratamiento. "Documentación médica avalatoria del diagnóstico. "Protocolo quirúrgico firmado y sellado por el médico Cirujano Vascular interviniente. "Protocolo de bomba de circulación extracorpórea firmado y sellado por técnico perfusionista para cirugía cardíaca. "Consentimiento informado firmado por el paciente, familiar o tutor y el médico que realizará la intervención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ 50.000          |

| Patología                                                                 | Tecnología                                                            | Prestación                                                                                                                               | Fundamento Diagnóstico                                                                                              | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fundamento para Reíntegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Valor a reíntegrar |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Miocarditis aguda con disminución de la función ventricular (transitorio) | Dispositivo de asistencia ventricular (corazón artificial)            | Módulo que incluye la central de asistencia circulatoria, tubos, colocación de los mismos y todos los materiales descartables necesarios | Insuficiencia cardíaca en fase terminal y miocardiopatía dilatada                                                   | Insuficiencia cardíaca en fase terminal, como instancia de espera hasta la recuperación de la función ventricular.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Documentación médica específica: "Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados por los que se ha llegado al diagnóstico definitivo de shock cardiogénico que requiere sistema de asistencia circulatoria como instancia transitoria de espera hasta la recuperación de la función ventricular. "Esquemas terapéuticos instituidos con drogas/dosis/ y respuesta. "Las drogas utilizadas para el tratamiento del cuadro de base deben ser a dosis máximas documentando la refractariedad a las mismas. "Documentar la no existencia de causas médicas de exclusión para la indicación del sistema tales como: sepsis sistémica- carcinoma metastásico- Insuficiencia renal con cifras de creatinina superiores a 5mg%-Deterioro neurológico severo. "Protocolo quirúrgico del procedimiento de colocación de los tubos ventriculares firmado y sellado por el cirujano interviniente. "Constancia de alquiler de la consola central y de la bomba propulsora firmada por el Auditor Médico del Agente de Salud. "Consentimiento informado firmado por familiar responsable o tutor legal. | \$ 1.000.000       |
| Síndrome de Brugada y otras arritmias ventriculares graves                | Cardioresfriador mono y bicameral, con electrodos epi o endocardiacos | Insumos                                                                                                                                  | Examen físico, ECG, ecocardiograma, ecocardiograma Doppler, ventriculograma radiológico, estudio electrofisiológico | "Paro cardíaco por fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular (TV) sostenida, hemodinámicamente inestable, después de evaluación para definir origen y de excluir completamente cualquier causa reversible; "Enfermedad cardíaca estructural y TV sostenida espontánea, ya sea hemodinámicamente estable o inestable; "Sincope de origen no determinado con TV o FV clínicamente relevante y sostenida y hemodinámicamente significativa inducida en el estudio electrofisiológico; "Fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) $\leq$ 35% debido a infarto de miocardio (IAM) previo al menos 40 días post-IAM, clase funcional NYHA II o III; "Miocardiopatía dilatada (MCPD) no isquémica con FEVI $\leq$ 35%; "Disfunción ventricular izquierda debido a IAM previo por lo menos 40 días post IAM, FEVI $\leq$ 30%, clase funcional NYHA I; "TV no sostenida debido a IAM previo, FEVI $\leq$ 40%; "TV inducible o FV sostenida en el estudio electrofisiológico; "Significativa disfunción del VI y MCPD no isquémica; "TV sostenida, con función ventricular normal o casi normal; "Displasia del ventrículo derecho arritmogénica/ca TODOS los siguientes: muerte súbita, presumiblemente de | Documentación médica específica: "Historia clínica con cuadro clínico y diagnóstico firmada por cardiólogo y electrofisiólogo, que avale la indicación. " Certificado de implante con stickers (ver normas) "Protocolo quirúrgico "Consentimiento informado firmado por el paciente/familiar/tutor y el medico que efectúa la intervención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 50.000          |



| Sistema orgánico funcional          | Afección de la salud                 | Patología                                                              | Tecnología                            | Prestación                           | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Valor a reintegrar |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Cardiovascular central y periférico | Enfermedad cardiovascular central    | Valvulopatía con alto riesgo quirúrgico                                | Reemplazo valvular aórtico percutáneo | Insumo y procedimiento de colocación | <p>Ø del anillo valvular aórtico entre 20 mm y 27 mm; Ø de la aorta ascendente a 30 mm del plano valvular &lt; 45 mm; distancia anillo-únion sinotubular &gt; 14 mm.</p> <p>Estenosis aórtica severa definida por ecocardiografía doppler: área menor a 1 cm², gradiente medio &gt; 40 mmHg y velocidad del jet aórtico &gt; 4 m/seg.</p> | <p>Patología sintomática con imposibilidad de realizar cirugía convencional *CRITERIOS PREDICTORES DE ALTO RIESGO: Infarto de Miocardio agudo o reciente con evidencia de riesgo isquémico determinado por síntomas y/o estudios no invasivos - Angina Inestable (CFIII o IV) - Arritmia Significativas: Bloqueo A-V de alto grado- Arritmias Ventriculares sintomáticas- arritmias Supraventriculares con ritmo ventricular no controlado- EPOC (con VEF 1 &lt; 35% del valor de referencia /PaO2 &lt; 60mmHg o PaCO2 &gt; 45 mmHg) -Enfermedad valvular severa- Insuficiencia Renal Crónica en plan de diálisis - Insuficiencia Hepática - Coagulopatía - Tx de Órgano- *Consentimiento Informado firmado por el paciente o en su imposibilidad por familiar responsable o tutor y el médico que realizará la cirugía.</p> | <p>Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico y detalle de los exámenes complementarios con los que se arribó al diagnóstico de estenosis aórtica de resolución quirúrgica. *Ecodoppler color y estudio hemodinámico. *Interconsulta con Equipo de Cirugía Vascular que justifique médicamente la contraindicación de la cirugía a cielo abierto con firma y sello del jefe del equipo. *Documentar la no indicación de la cirugía convencional según criterios predictores de riesgo (VER DETALLE). *Certificado de implante con stickers adheridos original. *Consentimiento Informado firmado por paciente/padre/tutor y el médico que indica el procedimiento.</p>                                                                              | \$ 150.000         |
| Cardiovascular central y periférico | Enfermedad cardiovascular periférico | Aneurisma de aorta abdominal con alto riesgo de tratamiento quirúrgico | Endoprótesis para aneurisma de aorta  | Insumos                              | <p>Ecografía abdominal, ecografía Doppler, tomografía axial computerizada helicoidal, resonancia nuclear magnética, arteriografía, ultrasonografía intravascular</p>                                                                                                                                                                      | <p>Patología Sintomática con imposibilidad de realizar cirugía convencional- *CRITERIOS PREDICTORES DE ALTO RIESGO: Infarto de Miocardio agudo o reciente con evidencia de riesgo isquémico determinado por síntomas y/o estudios no invasivos - Angina Inestable (CFIII o IV) - Arritmia Significativas: Bloqueo A-V de alto grado- Arritmias Ventriculares sintomáticas- Arritmias Supraventriculares con ritmo ventricular no controlado - Enfermedad valvular severa - EPOC (con VEF 1 &lt; 35% del valor de referencia /PaO2 &lt; 60mmHg o PaCO2 &gt; 45 mmHg) - Insuf. Renal Crónica en plan de diálisis - Riñón en herradura -Insuficiencia Hepática - Coagulopatía - Tx de Órgano -Abdomen hostil (cirugías abdominales previas y/o abdomen irradiado).</p>                                                          | <p>Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico y detalle de los exámenes complementarios con los que se arribó al diagnóstico-Interconsulta con Equipo de Cirugía Vascular (original) que justifique médicamente la contraindicación de la cirugía a cielo abierto con firma y sello del jefe del equipo. *Documentar la no indicación de la cirugía convencional según criterios predictores de alto riesgo (VER DETALLE) *Certificado de implante con stickers adheridos original. *Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico que indica el procedimiento. *Consentimiento Informado firmado por el paciente o en su imposibilidad por familiar responsable o tutor y el médico que realizará el procedimiento.</p> | \$ 55.000          |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                                 | Tecnología                         | Prestación                                                              | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Endocrino y metabólico     | Enfermedad metabólica | Diabetes Lábil                            | Bomba de insulina                  | Bomba subcutánea de infusión continua                                   | Diabetes Lábil: todo estado de inestabilidad glucémica impredecible y de una severidad tal que conlleva a un significativo e importante compromiso en su calidad de vida frecuentemente asociado a recurrentes y/o prolongadas hospitalizaciones.                                                                                                                              | Norma ET8-SSSa<br>Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1<br>El paciente deberá reunir <b>TODOS</b> los siguientes requisitos:<br>1. Tener suficiente capacidad intelectual para leer, retener la información y realizar los ajustes necesarios en la dosis de insulina.<br>2. Haber realizado un programa educativo sobre el cuidado en la diabetes.<br>3. Haber mantenido un programa de inyecciones múltiples, como mínimo tres diarias, con autoajustes frecuentes de la dosis de insulina y haber realizado autocontroles de glucemia, con una frecuencia media de cuatro controles diarios, durante los dos meses previos a la indicación de la bomba, experimentando durante el mismo algunas de las siguientes circunstancias:<br>o Hemoglobina glicosilada > 7,0%<br>o Historia de hipoglucemia recurrente<br>o Amplias variaciones en la glucemia preprandial<br>o Fenómeno del alba con glucemias que superen los 200 mg/dl<br>o Historia de variaciones glucémicas severas<br>Nota: Los requisitos 1 y 2 aplican al paciente o a su cuidador primario. CRITERIOS ESPECÍFICOS<br>a) Adultos o niños > 12 años con diabetes tipo I:<br>- Si para mantener niveles de hemoglobina glicosilada requeridos<br>- Si los niveles de hemoglobina glicosilada se mantienen<br>b) Niños < 12 años con diabetes tipo I:<br>Como alternativa terapéutica si el tratamiento con múltiples<br>Los niños que utilizan la bomba de insulina deberían ser<br>c) Mujer con diabetes tipo 1, cursando embarazo o planificando | Documentación médica específica: "Historia Clínica completa confeccionada por médico especialista en Diabetes, donde conste la fundamentación médica con su correspondiente documentación, de la necesidad de utilización de la bomba de infusión subcutánea continua de insulina (ver fundamentos terapéuticos).<br>"Certificado de implante con los stickers pegados (ver normas generales) firmado y sellado por el Diabético que indicó la bomba. "El reintegro será considerado por esta Superintendencia solo para los casos detallados en fundamentos terapéuticos. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico que indicó la colocación de la bomba. | \$ 40.000          |
| Endocrino y metabólico     | Enfermedad metabólica | Obesidad mórbida con criterios de cirugía | Cirugía bariátrica                 | Módulo quirúrgico                                                       | Anamnesis, examen físico, IMC, laboratorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Resolución 742/2009 MS: Edad 21-65 años, Índice de Masa Corporal mayor de 40 kg/m2. Padecimiento de obesidad de más de 5 años documentado, riesgo quirúrgico aceptable, antecedentes de fracaso de otros métodos en los 2 años previos, no adicción a drogas ni alcohol, aceptación y deseo del procedimiento y de la evaluación por el equipo multidisciplinario, estabilidad psicológica, comprensión del tratamiento y visión positiva del mismo, consentimiento informado, disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante, buena relación médico-paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Documentación médica específica: "Historia clínica con interconsultas multidisciplinarias (nutrición, endocrinología, psiquiatría y psicología). "Evaluación por equipo de cirugía bariátrica con prescripción precisa del procedimiento firmado y sellado por el jefe del equipo. "Protocolo quirúrgico "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico cirujano. Evaluaciones periódicas multidisciplinarias.                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 30.000          |
| Endocrino y metabólico     | Enfermedad metabólica | Obesidad mórbida con criterios de cirugía | Cirugía reparadora post bariátrica | Módulo quirúrgico                                                       | Prescripción médica, evaluación prequirúrgica, resumen de Historia Clínica donde conste: Calcio, Haptograma, Proteínograma, ECG, Rx tórax, curva de peso estable (en meseta) de por lo menos 6 meses, post cirugía bariátrica, Informe Médico Clínico, Informe Médico Nutricionista, Informe Médico Endocrinólogo (si fuera necesario), Informe Médico Psiquiatra o Psicólogo. | 1. Paciente que cuente por debajo del nivel del pubis (documentado por fotografías) más una de las siguientes situaciones: a) erupciones recurrentes o crónicas, infecciones, celulitis o úlceras que no cicatrizan, que no responden al tratamiento convencional para un período de 3 meses debidamente documentadas, o b) hay dificultades para la deambulación e interferencia con las actividades de la vida diaria debidamente documentadas;<br>2. Síntomas o deterioro funcional que persisten a pesar de una pérdida significativa de peso, el cual se ha mantenido estable durante al menos 3 meses o no han tenido éxito intentos de pérdida de peso bien documentados (dieta con supervisión médica o cirugía bariátrica);<br>3. Antecedente de cirugía bariátrica, encontrándose el individuo, por lo menos, en los 18 meses del post operatorio o con peso estable documentado durante al menos 6 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Documentación médica específica: "Resumen de Historia clínica. "Interconsulta con el equipo de cirugía plástica y reparadora con indicación de reparación de colágenos, firmada y sellada por médico tratante. "Protocolo quirúrgico. "Evaluaciones con seguimiento multidisciplinario. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico cirujano.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$ 30.000          |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia     | Inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA)    | Módulo seguimiento paciente HIV    | Examen de laboratorio y/o prácticas y/o seguimiento por médico tratante | Dos pruebas por método ELISA positivas, sumadas a una prueba confirmatoria por metodología de Western Blot                                                                                                                                                                                                                                                                     | Paciente con diagnóstico confirmado de HIV/SIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Documentación médica específica: "Historia clínica. "Informe de auditoría donde conste la práctica solicitada "Laboratorio actualizado (CD4 y carga viral) "Esquema terapéutico actual. "Ficha de notificación ante Ministerio de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 500             |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología    | Tecnología                                                  | Prestación                                                                                               | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                       | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor a reintegrar                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Multisistémico             | Afección multiorgánica         | Gran quemado | Tratamiento del gran quemado                                | Módulo de atención clínico-quirúrgica que incluye todos los insumos y materiales descartables necesarios | Quemaduras > 25% de la superficie corporal con o sin compromiso de la vía aérea y quemaduras eléctricas con repercusión orgánica o funcional | Quemaduras > 25% de la superficie corporal con o sin compromiso de la vía aérea y quemaduras eléctricas con repercusión orgánica o funcional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle de las zonas de la superficie corporal comprometida y cálculo del porcentaje; tipo de quemadura según profundidad. "Detalle de compromiso de la vía aérea (si está comprometida). "Estrategia terapéutica implementada. "Informe de la evolución del paciente en función del tiempo. "Protocolos de las curaciones en quirófano. "Informe del porcentaje de la superficie comprometida y tipo de quemadura al ingreso y evolución del paciente al momento de la presentación del trámite de reintegro confeccionado por el Auditor Médico del Agente de Salud firmado y sellado. El reintegro tendrá una vigencia de 30 días-         | \$ 2.500 (por día)                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en institución especializada | Centro de día                                                                                            | Resolución N° 428/99 MSyAS                                                                                                                   | Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad-Población: Niños-jóvenes-y/o adultos con diagnóstico funcional severo y/o profundo y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida-Prestación Institucional: Centros de Día -Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada simple de 4 horas diarias, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado y a la región donde se desarrolla | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. "Certificado de discapacidad (según Ley). "Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). "Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: "Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 "Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 "En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en institución especializada | Centro de día: Jornada doble                                                                             | Resolución N° 428/99 MSyAS                                                                                                                   | Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad-Población: Niños-jóvenes-y/o adultos con diagnóstico funcional severo y/o profundo y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida-Prestación Institucional: Centros de Día -Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada doble de 8 horas diarias, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado y a la región donde se desarrolla  | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. "Certificado de discapacidad (según Ley). "Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). "Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: "Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 "Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 "En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología    | Tecnología                                                  | Prestación                     | Fundamento Diagnóstico     | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Valor a reintegrar                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Multisistémico             | Deficiencia organico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en institución especializada | Hospital de día                | Resolución N° 428/99 MSyAS | Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media con un objetivo terapéutico de recuperación. Población: pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras, sensoriales que puedan trasladarse a una Institución especializada en rehabilitación- Patologías : las previstas en la Clasificación Internacional de deficiencias , Discapacidades, Minusvalías de la OMS, con determinación establecida por la Junta Evaluadora Competente del Organismo incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas- No comprende la atención de Hospitales de Día Psiquiátricos -Prestación Institucional: Clínicas o Sanatorios de rehabilitación -Hospitales con servicios de Rehabilitación- Centros de Rehabilitación- Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada simple de 4 horas de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.                                                                                                                                                                          | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). * Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: * Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 * Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 * En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |
| Multisistémico             | Deficiencia organico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en institución especializada | Hospital de día: jornada doble | Resolución N° 428/99 MSyAS | Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media con un objetivo terapéutico de recuperación. Población: pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras, sensoriales que puedan trasladarse a una Institución especializada en rehabilitación- Patologías : las previstas en la Clasificación Internacional de deficiencias , Discapacidades, Minusvalías de la OMS, con determinación establecida por la Junta Evaluadora Competente del Organismo incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas- No comprende la atención de Hospitales de Día Psiquiátricos -Prestación Institucional: Clínicas o Sanatorios de rehabilitación -Hospitales con servicios de Rehabilitación- Centros de Rehabilitación- Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada doble de 8 horas de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.                                                                                                                                                                           | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). * Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: * Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 * Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 * En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |
| Multisistémico             | Deficiencia organico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en institución especializada | Centro educativo terapéutico   | Resolución N° 428/99 MSyAS | Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo-Dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad ( mental-sensorial o motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades - Asimismo comprende el apoyo específico de aquellas discapacidades cuyo nivel de recuperación no les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera- Población: discapacitados mentales ( psicóticos-autistas), lesionados neurológicos parálisis cerebrales, discapacidades mixtas, etc. a partir de los 4 años de edad -Prestación Institucional: centro educativo terapéutico- Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada simple de 4 horas - Cuando el CET funcione como apoyo específico de los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contraturno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales. | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). * Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: * Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 * Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 * En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología    | Tecnología                                                  | Prestación                                       | Fundamento Diagnóstico     | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor a reintegrar                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en institución especializada | Centro educativo terapéutico: Jornada doble      | Resolución N° 428/99 MSyAS | Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo-Dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental-sensorial o motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades - Asimismo comprende el apoyo específico de aquellas discapacidades cuyo nivel de recuperación no les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera-Población: discapacitados mentales (psicóticos-autistas), lesionados neurológicos parálisis cerebrales, discapacidades mixtas, etc. a partir de los 4 años de edad -Prestación Institucional: centro educativo terapéutico- Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada doble de 8 horas - Cuando el CET funcione como apoyo específico de los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contrarresto concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales                                                      | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). *Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en institución especializada | Centro de estimulación temprana: jornada simple  | Resolución N° 428/99 MSyAS | Estimulación Temprana es el proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño portador de una discapacidad-Población: niños discapacitados de 1 a 5 años (hasta el año la cobertura es por PMO)-Prestación Institucional: Centro de estimulación Temprana específicamente acreditado para ese tipo de servicio y equipos interdisciplinarios que presenten un plan común de intervenciones-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). *Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |
|                            | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en institución especializada | Atención ambulatoria integral simple o intensiva | Resolución N° 428/99 MSyAS | Atención ambulatoria. a) Definición: Esta destinada a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación; b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías-OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas; c) Prestación Institucional: Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación, Hospitales con Servicios de Rehabilitación, Consultorios de rehabilitación de Hospitales, Clínicas o Sanatorios polivalentes, Centros de Rehabilitación, Consultorio Particular; d) Modalidad de cobertura: a) Módulo de tratamiento integral intensivo: comprende semana completa (5 días), b) Módulo por tratamiento integral simple: Incluye periodicidades menores a 5 días semanales. Comprende los siguientes tipos de atención: Fisioterapia-Kinesiología, Terapia ocupacional, Psicología, Foncaudiología, Psicopedagogía, y otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente. La atención ambulatoria debe estar | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). *Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología    | Tecnología                                  | Prestación                                                 | Fundamento Diagnóstico                                                                 | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Valor a reintegrar                                                                                                                                           |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en domicilio | Atención ambulatoria domiciliaria con prestación educativa | Discapacidad con imposibilidad de traslado a un Centro Especializado de Rehabilitación | Atención ambulatoria. a) Definición: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que no puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación, con el objetivo de mantener al paciente en su medio familiar rodeado de sus afectos y pertenencias, en su hábitat conocido, evitando la institucionalización que favorece las infecciones intrahospitalarias que agregan un efecto deletéreo en la salud del paciente - ; b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías-OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas; c) Prestación Institucional: Instituciones acreditadas a tal fin : a) Módulo mensual de atención ambulatoria en domicilio incluye los siguientes tipos de atención: Consultas médicas clínicas y de especialidades -Fisioterapia-Kinesiología, Terapia ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, y alguna prestación educativa(Ej. maestro de apoyo) y /u otros tipos de atención reconocidos                 | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según ley correspondiente). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector a cargo de la rehabilitación en domicilio (con detalle de: nombre de la institución, domicilio legal del efector, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del personal al domicilio) . *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en domicilio \$18.000. *Módulo de atención ambulatoria en domicilio para pacientes dependientes totales \$24.300. |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención ambulatoria en domicilio | Atención ambulatoria domiciliaria sin prestación educativa | Discapacidad con imposibilidad de traslado a un Centro Especializado de Rehabilitación | Atención ambulatoria. a) Definición: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que no puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación, con el objetivo de mantener al paciente en su medio familiar rodeado de sus afectos y pertenencias, en su hábitat conocido, evitando la institucionalización que favorece las infecciones intrahospitalarias que agregan un efecto deletéreo en la salud del paciente - ; b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías-OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas; c) Prestación Institucional: Instituciones acreditadas a tal fin : a) Módulo mensual de atención ambulatoria en domicilio incluye los siguientes tipos de atención: Consultas médicas clínicas y de especialidades -Fisioterapia-Kinesiología, Terapia ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía y/u otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente. La atención ambulatoria debe estar indicada | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según ley correspondiente). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector a cargo de la rehabilitación en domicilio (con detalle de: nombre de la institución, domicilio legal del efector, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del personal al domicilio) . *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en domicilio \$18.000. *Módulo de atención ambulatoria en domicilio para pacientes dependientes totales \$24.300  |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención en internación           | Atención en internación con requerimiento de UTI           | Resolución N° 428/99 MSyAS                                                             | Aplicable a pacientes que han superado exitosamente episodios agudos y/o reagudizaciones de su enfermedad de base, que estén hemodinámicamente estables, que estén en condiciones clínicas de soportar un tratamiento de rehabilitación y que tengan posibilidad de recuperación de las funciones perdidas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la internación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).                                                                                                                                                 | Reintegro: *Módulo de atención en internación \$23.000 *Módulo de atención en internación para dependiente total \$31.050                                    |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología    | Tecnología                                           | Prestación                                       | Fundamento Diagnóstico     | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Valor a reintegrar                                                                                                                                                         |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo de atención en internación                    | Atención en internación sin requerimiento de UTI | Resolución N° 428/99 MSyAS | Aplicable a pacientes que han superado exitosamente episodios agudos y/o reagudizaciones de su enfermedad de base, que estén hemodinámicamente estables, que estén en condiciones clínicas de soportar un tratamiento de rehabilitación y que tengan posibilidad de recuperación de las funciones perdidas                                                                                                                                                                                                                          | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la internación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).      | Reintegro: *Módulo de atención en internación \$23.000 *Módulo de atención en internación para dependientes totales \$31.050                                               |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar                                            | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención y tipo de atención especializada que ofrece) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100 |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar con alojamiento permanente                 | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente         | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención y tipo de atención especializada que ofrece) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100 |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología    | Tecnología                                           | Prestación                                                        | Fundamento Diagnóstico     | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Valor a reintegrar                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar con Centro Educativo Terapéutico                            | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento Lunes a Viernes - Combina prestaciones de Centro Educativo Terapéutico    | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar con Centro Educativo Terapéutico con alojamiento permanente | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente - Combina prestaciones de Centro Educativo Terapéutico         | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100                                                                                        |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar con educación Inicial                                       | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes - Combina prestaciones educativas de educación Inicial | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar con educación Inicial con alojamiento permanente            | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente - Combina prestaciones educativas de educación Inicial         | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100                                                                                        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología    | Tecnología                                           | Prestación                                                    | Fundamento Diagnóstico     | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Valor a reintegrar                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar con educación general básica                            | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes - Combina prestaciones educativas de educación básica general               | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar con educación general básica con alojamiento permanente | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente - Combina prestaciones educativas de educación básica general                       | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100                                                                                        |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar con formación laboral                                   | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento Lunes a Viernes Combina prestaciones educativas del tipo de formación y/o capacitación laboral | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología    | Tecnología                                           | Prestación                                             | Fundamento Diagnóstico     | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Valor a reintegrar                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Hogar con formación laboral con alojamiento permanente | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente - Combina prestaciones educativas del tipo de formación y/o capacitación laboral          | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100                                                                                        |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Pequeño hogar                                          | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños discapacitados a partir de los 3 años de edad, de ambos sexos, con un tipo y grado de discapacidad similar que les permita convivir en este sistema - Prestación institucional: Pequeños Hogares_ Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800 |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Pequeño hogar permanente                               | Resolución N° 428/99 MSyAS | Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda-alimentación y atención especializada) para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños discapacitados a partir de los 3 años de edad, de ambos sexos, con un tipo y grado de discapacidad similar que les permita convivir en este sistema - Prestación institucional: Pequeños Hogares_ Modalidad de cobertura: alojamiento permanente         | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL). | Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100                                                                                        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología                           | Tecnología                                           | Prestación            | Fundamento Diagnóstico               | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fundamento para Reintegración                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Valor a reintegrar                                                                                                                                                               |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad                        | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Residencia            | Resolución N° 428/99 MSyAS           | Esta unidad habitacional destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. Población: personas discapacitadas entre los 18 y 65 años, de ambos sexos, que les permita convivir en ese sistema. Asimismo podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad - Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).  | Reintegración: * Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 * Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 |
| Multisistémico             | Deficiencia orgánico-funcional | Discapacidad                        | Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) | Residencia permanente | Resolución N° 428/99 MSyAS           | Es la unidad habitacional destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. Población: personas discapacitadas entre los 18 y 65 años, de ambos sexos, que les permita convivir en ese sistema. Asimismo podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad - Modalidad de cobertura: alojamiento permanente        | Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) * Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).  | Reintegración: * Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 * Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100 |
| Multisistémico             | Enfermedad oncológica          | Cáncer de próstata                  | Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)           | Módulo único          | Anatomía patológica y estadificación | Cáncer de próstata no metastásico cuando es el tratamiento primario para dosis progresiva > 75 Gy y en período post-operatorio a una dosis de al menos 6300 cGy.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentación médica específica: * Historia clínica e informe de los estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico confeccionada por el médico especialista en Urología. * Indicación de tratamiento con radioterapia de intensidad modulada firmado y sellado por el urólogo tratante. * Protocolo de la IMRT con dosis total firmado y sellado por el médico radioterapeuta que planificó la radioterapia. * Se reconocerá reintegro en el contexto de los fundamentos terapéuticos detallados en la columna correspondiente. | \$ 50.000                                                                                                                                                                        |
| Multisistémico             | Enfermedad oncológica          | Cáncer en región de cabeza y cuello | Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)           | Módulo único          | Anatomía patológica y estadificación | Cáncer de cavidad oral y labios, laringe, hipofaringe, orofaringe, nasofaringe, senos paranasales y de cavidad nasal, glándulas salivales y cánceres primarios ocultos en cabeza y región del cuello, con la excepción de los individuos con cáncer de laringe etapa (estadio I y II).                                                                                                                                                                                                           | Documentación médica específica: * Historia clínica e informe de los estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico confeccionada por el médico especialista en Urología-Indicación de tratamiento con radioterapia de intensidad modulada firmado y sellado por el Urólogo tratante. * Protocolo de la IMRT con dosis total firmado y sellado por el médico radioterapeuta que planificó la radioterapia. * Se reconocerá reintegro en el contexto de los fundamentos terapéuticos detallados en la columna correspondiente.    | \$ 50.000                                                                                                                                                                        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                            | Patología                      | Tecnología                   | Prestación                                  | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad oncológica                                           | Cáncer en región máxilo-facial | Prótesis mandibular completa | Módulo de insumos y materiales descartables | Anatomía patológica e indicación de cirugía                                                                                                                                                           | Prescripción del oncólogo y cirujano                                                                                                                                                                  | Documentación médica específica: * Historia clínica. * Radiografía. * Biopsia. * Protocolo quirúrgico. * Certificado de implante con sticker. * Consentimiento informado firmado por médico tratante y paciente/familiar/tutor. * Protocolo quirúrgico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 80.000          |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o más órganos o tejidos | Enfermedad cardio respiratoria | Transplante cardio pulmonar  | Módulo Transplante                          | Síndrome de Eisenmenger, hipertensión pulmonar primaria, hipertensión pulmonar tromboembólica, fibrosis quística, bronquiectasias, histiocitosis, sarcoidosis, otras lesiones destructivas del pulmón | Síndrome de Eisenmenger, hipertensión pulmonar primaria, hipertensión pulmonar tromboembólica, fibrosis quística, bronquiectasias, histiocitosis, sarcoidosis, otras lesiones destructivas del pulmón | Documentación médica específica: * Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. * Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. * Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. * Constancia de inscripción en lista de espera oficial. * Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. * No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. * Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI. | \$ 200.000         |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o más órganos o tejidos | Enfermedad hepática grave      | Transplante hepático         | Módulo Transplante                          | Insuficiencia hepática                                                                                                                                                                                | Insuficiencia hepática                                                                                                                                                                                | Documentación médica específica: * Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. * Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. * Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. * Constancia de inscripción en lista de espera oficial. * Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. * No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. * Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI. | \$ 200.000         |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o más órganos o tejidos | Enfermedad pulmonar grave      | Transplante pulmonar         | Módulo Transplante                          | Insuficiencia respiratoria refractaria a tratamientos convencionales                                                                                                                                  | Insuficiencia respiratoria refractaria a tratamientos convencionales                                                                                                                                  | Documentación médica específica: * Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. * Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. * Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. * Constancia de inscripción en lista de espera oficial. * Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. * No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. * Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI. | \$ 200.000         |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                            | Patología                                            | Tecnología               | Prestación         | Fundamento Diagnóstico                                                        | Fundamento Terapéutico                                                        | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Enfermedad renal terminal con insuficiencia cardíaca | Transplante cardiorenal  | Módulo Transplante | Enfermedad renal terminal con insuficiencia cardíaca                          | Enfermedad renal terminal con insuficiencia cardíaca                          | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. "Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.                | \$ 200.000         |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Insuficiencia cardíaca sin respuesta                 | Transplante cardíaco     | Módulo Transplante | Insuficiencia cardíaca terminal refractaria a tratamiento médico o quirúrgico | Insuficiencia cardíaca terminal refractaria a tratamiento médico o quirúrgico | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. "Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.                | \$ 160.000         |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Insuficiencia hepática y renal                       | Transplante hepato renal | Módulo Transplante | Insuficiencia hepática y renal                                                | Insuficiencia hepática y renal                                                | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante el transplante. "Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI. | \$ 200.000         |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                            | Patología                                                                | Tecnología                                      | Prestación                            | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                      | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                      | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Insuficiencia renal terminal                                             | Transplante renal                               | Módulo Transplante                    | Insuficiencia renal terminal                                                                                                                                                                                                                                                | Insuficiencia renal terminal                                                                                                                                                                                                                                                | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. "Protocolo quirúrgico y Certificado del Implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.               | \$ 55.000          |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Insuficiencia renal terminal más diabetes                                | Transplante reno pancreático                    | Módulo Transplante                    | Insuficiencia renal terminal más diabetes                                                                                                                                                                                                                                   | Insuficiencia renal terminal más diabetes                                                                                                                                                                                                                                   | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante el trasplante. "Protocolo quirúrgico y Certificado del Implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI. | \$ 200.000         |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Mala absorción y/o intestino muy corto grave                             | Transplante Intestinal                          | Módulo Transplante                    | Insuficiencia renal terminal más diabetes                                                                                                                                                                                                                                   | Insuficiencia renal terminal más diabetes                                                                                                                                                                                                                                   | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante el trasplante. "Protocolo quirúrgico y Certificado del Implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI. | \$ 200.000         |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc. | Búsqueda internacional (donante no relacionado) | Módulo Pre-Transplante de médula ósea | La activación de los procesos de búsqueda, la realización de los estudios de enfermedades infecciosas y de histocompatibilidad, los estudios confirmatorios de HLA y de alta resolución del paciente y de donantes seleccionados se efectuarán según normativas del INCUCAI | La activación de los procesos de búsqueda, la realización de los estudios de enfermedades infecciosas y de histocompatibilidad, los estudios confirmatorios de HLA y de alta resolución del paciente y de donantes seleccionados se efectuarán según normativas del INCUCAI | Documentación médica específica: "Historia clínica y hematológica completa, con diagnóstico y valoración de otros donantes. Fundamentación médica de la necesidad de búsqueda internacional, firmada y sellada por hematólogo interviniente. Autorización y validación del INCUCAI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 35.000          |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                            | Patología                                                                | Tecnología                       | Prestación         | Fundamento Diagnóstico                                                    | Fundamento Terapéutico                                                    | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc. | Transplante médula ósea autologo | Módulo Transplante | Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.  | Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.  | Documentación médica específica: *Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el trasplante el trasplante.<br>*Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. *Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. *Constancia de inscripción en lista de espera oficial. *Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. *No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. *Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI. | \$ 170.000         |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc. | Transplante médula ósea alogeno  | Módulo Transplante | Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.  | Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.  | Documentación médica específica: *Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el trasplante el trasplante.<br>*Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. *Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. *Constancia de inscripción en lista de espera oficial. *Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. *No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. *Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI. | \$ 220.000         |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Trastorno metabólico/ Diabetes y/o insuficiencia pancreática grave       | Transplante de páncreas          | Módulo Transplante | Diabetes en fase evolutiva avanzada: nefropatía, neuropatía y retinopatía | Diabetes en fase evolutiva avanzada: nefropatía, neuropatía y retinopatía | Documentación médica específica: *Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el trasplante el trasplante.<br>*Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. *Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. *Constancia de inscripción en lista de espera oficial. *Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. *No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. *Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI. | \$ 200.000         |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud | Patología                   | Tecnología                                                                                                                                  | Prestación              | Fundamento Diagnóstico                                      | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Valor a reintegrar |
|----------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Músculo esquelético        | Amputación           | Amputación miembro inferior | Prótesis para desarticulación de cadera con unidades de cadera y de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos           | Módulo prótesis externa | Tratamiento desarticulación de cadera                       | Para pacientes hasta 60 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos, que ya hayan cumplido el tratamiento pre-prótesis con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica | Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación/desarticulación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatra, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y entrenamiento en el uso. | \$ 120.000         |
| Músculo esquelético        | Amputación           | Amputación miembro inferior | Prótesis para amputación de miembro inferior sobre rodilla con rodillas controladas por microprocesadores                                   | Módulo prótesis externa | Tratamiento amputación supracondilea de miembro inferior    | Para pacientes hasta 50 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos, que ya hayan cumplido el tratamiento pre-prótesis con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica | Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatra, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y entrenamiento en el uso.                 | \$ 28.000          |
| Músculo esquelético        | Amputación           | Amputación miembro inferior | Prótesis para amputación supracondilea de miembro inferior con unidades de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos    | Módulo prótesis externa | Tratamiento amputación de miembro inferior supracondilea    | Para pacientes hasta 50 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos que ya hayan cumplido el tratamiento pre-prótesis con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica  | Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatra, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y entrenamiento en el uso.                 | \$ 80.000          |
| Músculo esquelético        | Amputación           | Amputación miembro inferior | Prótesis para amputación bajo rodilla con módulos y pie en fibra de carbono, conos de siliconas, sistemas de vacío mediante bomba expulsora | Módulo prótesis externa | Tratamiento de amputación del miembro inferior bajo rodilla | Para pacientes hasta 50 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos, que ya hayan cumplido el tratamiento pre-prótesis con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica | Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatra, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y entrenamiento en el uso.                 | \$ 40.000          |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                      | Patología                        | Tecnología                                                                           | Prestación                                  | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                        | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Valor a reintegrar                                                        |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Músculo esquelético        | Amputación                                                | Amputación miembro superior      | Prótesis para amputación de miembro superior bajo codo con mano mioeléctrica         | Módulo prótesis externa                     | Tratamiento de amputación de miembro superior bajo codo                                                                                                       | Amputación o pérdida del miembro a nivel de la muñeca o más arriba; imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria; preservación, en el muñón, de un umbral de microvoltios suficiente para permitir el correcto funcionamiento de la prótesis; función neurológica, miocutánea y cognitiva suficiente para manejar el dispositivo; ausencia de comorbilidades que podrían interferir con el mantenimiento de la función de la prótesis; desempeño de actividades en un entorno que no inhiba la función de la prótesis (por ejemplo, un ambiente húmedo o descargas eléctricas que puedan afectar el aparato); superación de una prueba de control para ser considerado candidato. | Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatría, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la Institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y uso.                                                                                                                                                                                                                             | \$ 140.000                                                                |
| Músculo esquelético        | Amputación                                                | Amputación miembro superior      | Prótesis para amputación de miembro superior sobre codo con codo y mano mioeléctrica | Módulo prótesis externa                     | Tratamiento amputación de miembro superior sobre codo                                                                                                         | Para pacientes de hasta 60 años con amputación de miembro superior sobre codo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatría, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la Institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y uso.                                                                                                                                                                                                                             | \$ 280.000                                                                |
| Músculo esquelético        | Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa | Enfermedad articular o sistémica | Prótesis de revisión de cadera, rodilla y hombro (FDA o EMEA)                        | Módulo de insumos y materiales descartables | Hemograma, eritrosedimentación, proteína C reactiva, centellograma óseo con marcadores para infección, punción de la articulación con cultivo y antibiograma. | Artroplastia de Cadera: aflojamiento séptico (sustentado por punciones articulares), aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótesis, luxaciones recidivantes, osteólisis localizadas. Artroplastia de Rodilla: aflojamiento séptico, aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótesis. Artroplastia de Hombro: aflojamiento séptico, aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótesis. Constancia de no existencia: prótesis de similar nacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados. "Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales). "En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando la artroplastia. "La solicitud de la prótesis deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una institución privada. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente. | Precio a reintegrar Módulo Traumatología-Reemplazos articulares: \$40.000 |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                      | Patología                        | Tecnología                                                                    | Prestación                                  | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                               | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Valor a reintegrar                                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Músculo esquelético        | Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa | Enfermedad articular o sistémica | Prótesis de revisión de cadera y rodilla (Nacional/Mercosur)                  | Módulo de Insumos y materiales descartables | Hemograma, eritrosedimentación, proteína C reactiva, centellograma óseo con marcadores para infección, punción de la articulación con cultivo y antibiograma.        | Artroplastia de Cadera: aflojamiento séptico (sustentado por punciones articulares), aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótesis, luxaciones recidivantes, osteólisis localizadas, Artroplastia de Rodilla: aflojamiento séptico, aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótesis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados." "Informe de los estudios complementarios que avalen la indicación médica." "Protocolo quirúrgico y Certificado de Implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales)." "En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando la artroplastia. "La solicitud de la prótesis deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una institución privada." "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente." | Precio a reintegrar Módulo Traumatología-Reemplazos articulares: \$15.000  |
| Músculo esquelético        | Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa | Enfermedad articular o sistémica | Reemplazo primario: Prótesis de cadera, rodilla, hombro, tobillo (FDA o EMEA) | Módulo de Insumos y materiales descartables | Hemograma, eritrosedimentación, proteína C reactiva, Evaluación prequirúrgica-                                                                                       | Artroplastia de Cadera: Pacientes portadores de una articulación dañada, en quienes fracasó el tratamiento conservador y por lo tanto continúan con sintomatología que afecta su calidad de vida. a.1) Parcial: fractura medial de cadera, pacientes afeos en regular o mal estado general, baja demanda funcional. a.2) Total: fractura medial de cadera, pacientes menores de 80 años en buen estado general, buena demanda funcional, artrosis, artritis reumatoidea, artritis autoinmunes, necrosis aséptica de cadera, displasia de cadera. Artroplastia de Rodilla: artrosis severa, > 55 años con artrosis tricompartmental e inestabilidad agredada demostrada por radiología y RMN, < 55 años en los que no sea posible corregir el desaje mediante osteotomía, o bien que dicha osteotomía haya fracasado y las posibilidades de recuperación de la movilidad en el post operatorio sean superadoras al estado general preoperatorio, avalado, este último, por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación o Fisiatra, artritis reumatoidea, osteonecrosis, genu varo/valgo, artritis autoinmunes. Artroplastia de Hombro: | Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados." "Informe de los estudios complementarios que avalen la indicación médica." "Protocolo quirúrgico y Certificado de Implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales)." "En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando la artroplastia. "La solicitud de la prótesis deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una institución privada." "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente." | Precio a reintegrar Módulo Traumatología-Reemplazos articulares: \$25.000  |
| Músculo esquelético        | Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa | Enfermedad articular o sistémica | Prótesis no convencional de cadera, rodilla, hombro (FDA o EMEA)              | Módulo de insumos y materiales descartables | Lesiones tumorales benignas o malignas y, en particular, con pérdidas de hueso, que no puedan ser solucionados con otros procedimientos quirúrgicos o injertos óseos | Lesiones tumorales benignas o malignas y, en particular, con pérdidas de hueso, que no puedan ser solucionados con otros procedimientos quirúrgicos o injertos óseos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados." "Informe de los estudios complementarios que avalen la indicación médica." "Protocolo quirúrgico y Certificado de Implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales)." "En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando la artroplastia. "La solicitud de la prótesis deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una institución privada." "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente." | Precio a reintegrar Módulo Traumatología-Reemplazos articulares: \$100.000 |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                      | Patología                | Tecnología                                                                                                                                                                                  | Prestación                                  | Fundamento Diagnóstico                        | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Valor a reintegrar                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Músculo esquelético        | Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa | Enfermedad de la columna | Sistema de fijación de columna (Nacional/Mercosur)                                                                                                                                          | Módulo de insumos y materiales descartables | Imágenes e indicación por médico especialista | <p>Para las prótesis disciales, a nivel de los segmentos más bajos de la columna lumbosacra; para las patologías tumorales y traumáticas como las fracturas de tipo A3 (tipo Burst o estallido) y los dobles abordajes (anterior-posterior / posterior-anterior), ya sea en forma sucesiva o simultánea; en las fracturas de tipo C, con lesión de las tres columnas de Denis, dependiendo la indicación de patologías asociadas (traumatismos de tórax, EPOC, obesidad) edad del paciente, tipo de tarea laboral que desempeñe, etc.; para las patologías tumorales.</p> <p>Interespinosos: Peck y titanio: estenosis lumbares, dolor lumbar de origen discal (enfermedad discal degenerativa, síndrome facetario, 2º discetomía tras una recidiva de la hernia discal, discetomías con hernias discales masivas que conducen a una reducción sustancial del material discal lumbar, degeneración discal en el nivel adyacente a una artrodesis previa. La utilización de más de tres interespinosos se encuentra contraindicada según protocolos internacionales (FDA), al igual que su implantación por encima de L2. Set para vertebroplastia p</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados-Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales). "La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una Institución privada."En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando el procedimiento. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente. | Precio a reintegrar Módulo Traumatología-columna: \$35.000 |
| Músculo esquelético        | Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa | Enfermedad de la columna | Fijación simple y discos: discos cervicales y lumbares, cifoplastia, instrumentación de columna hasta 4 niveles, fijación de columna cervical y toraco lumbar por vía anterior (FDA o EMEA) | Módulo de insumos y materiales descartables | Imágenes e indicación por médico especialista | <p>Tornillos pediculares: sistema diseñado para anclarse al pedículo y al cuerpo y que puede solidarizarse en forma multipunto a través de barras. 2 (dos) por cada nivel, solo se reintegrará el valor de importado en patología pediátrica. Cages intersomáticos para columna cervical: artrodesis circunferencial de 360 grados, 1 (uno) por nivel para la resolución de la patología; el uso de 2 (dos) por nivel debe ser bien justificado. Celdas para corporectomía (tipo mesh): indicado su utilización en resecciones vertebrales amplias. Cifoplastia: indicada en fracturas vertebrales con ligamento longitudinal posterior intacto, procesos agudos, osteoporosis, tumores, mieloma, etc. Placas cervicales con tornillos de bajo perfil bloqueadas: sistemas de fijación vertebral para columna cervical, en discetomías, canal estrecho, fracturas, etc. Mini placas de maxiofacial para laminoplastia: a. Osificación del ligamento longitudinal posterior en varios niveles, con el mantenimiento de la lordosis cervical, b. Estenosis congénita del canal con el mantenimiento de la lordosis cervical, c. Espondilosis cervical en varios niveles, compr</p> <p>7. Sistema de fijación occipito-cervical:<br/>Indicaciones<br/>a. Inestabilidades de la región occipito-cervical y columna<br/>1. Artritis reumatoide<br/>2. Malformaciones<br/>3. Inestabilidades postraumáticas<br/>4. Tumores<br/>5. Infecciones<br/>b. Inestabilidades de la columna cervical baja<br/>1. Artritis reumatoide<br/>2. Malformaciones<br/>3. Inestabilidades postraumáticas</p> | Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados-Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales). "La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una Institución privada."En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando el procedimiento. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente. | Precio a reintegrar Módulo Traumatología-columna: \$35.000 |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                      | Patología                          | Tecnología                                                                                                                                                            | Prestación                                  | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                            | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Valor a reintegrar                                          |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Músculo esquelético        | Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa | Enfermedad de la columna           | Fijación compleja: Instrumentación de columna lumbar de mas de 4 niveles o sistema de fijación cervical por vía posterior, incluyendo la placa occipital (FDA o EMEA) | Módulo de Insumos y materiales descartables | Imágenes e indicación por médico especialista                                                                                                                                                                                                                                                     | Inestabilidades de la región occipito-cervical y columna cervical superior; artritis reumatoidea, malformaciones, inestabilidades postraumáticas, tumores, infecciones, inestabilidades de la columna cervical baja; artritis reumatoidea, malformaciones, inestabilidades postraumáticas, tumores, infecciones                                                                                                                              | Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados."Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pagados (ver normas generales). "La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una Institución privada."En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando el procedimiento. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.  | Precio a reintegrar Módulo Traumatología-columna \$50,000   |
| Músculo esquelético        | Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa | Escoliosis del niño y/o del adulto | Instrumentación de columna para escoliosis (FDA o EMEA)                                                                                                               | Módulo de insumos y materiales descartables | Imágenes e indicación por médico especialista                                                                                                                                                                                                                                                     | Tomillos pediculares; sistema diseñado para anclarse al pedículo y al cuerpo y que puede solidarizarse en forma multipunto a través de barras. 2 (dos) por cada nivel, solo se reintegrará el valor de importado en patología pediátrica. Cages intersomáticos para columna cervical: artrodesis circunferencial de 360 grados, 1 (uno) por nivel para la resolución de la patología; el uso de 2 (dos) por nivel debe ser bien justificado. | Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados."Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pagados (ver normas generales). "La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una Institución privada. "En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando el procedimiento. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente. | Precio a reintegrar Módulo Traumatología-columna: \$120,000 |
| Músculo esquelético        | Malformación congénita de la caja torácica                | Pectus excavatum                   | Barras metálicas (técnica de Nuss)                                                                                                                                    | Módulo de Insumos y materiales descartables | Progresión de la enfermedad, Índice de Haller > 3,25, prolapso de la válvula mitral, compresión o desplazamiento del corazón, alteraciones en la conducción cardíaca (por ECG y/o eco) exámenes de función pulmonar que indican enfermedad restrictiva u obstructiva, recidiva de cirugía abierta | Progresión de la enfermedad, Índice de Haller > 3,25, prolapso de la válvula mitral, compresión o desplazamiento del corazón, alteraciones en la conducción cardíaca (por ECG y/o eco) exámenes de función pulmonar que indican enfermedad restrictiva u obstructiva, recidiva de cirugía abierta                                                                                                                                            | Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados."Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pagados (ver normas generales). "La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una Institución privada. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.                                                                                                                                                                                    | \$ 50,000                                                   |
| Músculo esquelético        | Traumatismo maxilo-facial                                 | Reconstrucción maxilo-facial       | Prótesis mandibular completa                                                                                                                                          | Módulo de Insumos y materiales descartables | Imágenes e indicación por médico especialista                                                                                                                                                                                                                                                     | Indicación de cirugía reconstructiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Documentación médica específica: "Historia clínica. "Radiografía pre y post quirúrgica. "Protocolo quirúrgico. "Certificado de implante con Sticker. "Consentimiento informado firmado por Médico del agente de Salud y el paciente/familiar/tutor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 80,000                                                   |



| Sistema orgánico funcional    | Afección de la salud   | Patología                                                 | Tecnología                                | Prestación                                  | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor a reintegrar |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Nervioso central y periférico | Enfermedad neurológica | Dolor crónico intratable                                  | Estimulación espinal                      | Módulo de insumos y materiales descartables | Equipo Interdisciplinario: Médico Neurólogo, Médico Psiquiatra, Médico Neurocirujano, Psicólogo. Demostrar en todos los casos mediante historia clínica que los pacientes: "No son considerados de alto riesgo quirúrgico" * No tienen múltiples enfermedades * Tuvieron alivio efectivo durante la estimulación de prueba *La evaluación psiquiátrica no contraindica el procedimiento.                                                                                                                                          | Estimulación eléctrica transcutánea del nervio (TENS). Estimulación periférica del nervio (PNS). Estimulación de la raíz del nervio (NRS). Estimulación medular (SCS). Estimulación cerebral profunda (DBS). Estimulación epidural de la corteza motora (MCS). Estimulación magnética transcraneana repelitiva (rTMS). Para: Dolor Neuropático Crónico: se deberá demostrar dolor durante un tiempo establecido y el antecedente de ser refractario a por lo menos 4 (cuatro) fármacos indicados a dosis máximas, de no existir contraindicaciones, durante un tiempo no menor a 3 meses, no habiendo disminuido el dolor más del 30% manteniéndose con una intensidad mínima del 5° punto en la escala de 0 a 10 y generando una pobre calidad de vida. Lumbar: 6 meses previos de dolor. Neuralgia Herpética: 3 meses previos de dolor. Síndrome de columna fallida. Síndrome de complejo regional doloroso. Dolor lumbar post cirugía fallida de columna lumbar. | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y la estrategia terapéutica medicamentosa efectuada donde consten drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta. "Fundamentación médica de la necesidad de implante del dispositivo cuyo reintegro se solicita firmada y sellada por el médico Neurólogo a cargo del paciente y avalada por firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. "Protocolo quirúrgico del implante del neuroestimulador firmado y sellado por el especialista interviniente. "Certificado de implante completo con stickers (ver Normas) firmado y sellado por el especialista y por el Auditor Médico del Agente de salud. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo del procedimiento.    | \$ 150.000         |
| Nervioso central y periférico | Enfermedad neurológica | Enfermedad de Parkinson refractario al tratamiento médico | Neuroestimulación cerebral profunda (ECP) | Módulo de insumos y materiales descartables | Bradicinesia y, al menos, uno de los siguientes criterios: rigidez, temblor de reposo, inestabilidad postural no relacionada con déficits visuales, cerebrales, vestibulares o alteraciones propioceptivas. Presencia de, al menos, tres de los siguientes datos clínicos: Inicio unilateral, presencia de temblor de reposo, trastorno progresivo, afectación asimétrica con mayor afectación unilateral desde el inicio, excelente respuesta a la levodopa, Corea inducida por levodopa, respuesta a la levodopa durante 5 años | Pacientes con Enfermedad de Parkinson avanzada en quienes el tratamiento farmacológico resulte insuficiente para el control de las variables motoras o cuando los fenómenos de fluctuación resulten en un importante impacto en la calidad de vida. Como la ECP no es un procedimiento libre de complicaciones, los pacientes deben ser informados de esta situación y la decisión debe ser tomada en forma conjunta con el equipo de salud tratante. Al ser un procedimiento invasivo de elevada complejidad y de relativa novedad, se recomienda la realización de la intervención en centros con la complejidad necesaria y por profesionales con experiencia en la realización del mismo.                                                                                                                                                                                                                                                                       | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y la estrategia terapéutica medicamentosa efectuada donde consten drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta. "Fundamentación médica de la necesidad de implante del dispositivo cuyo reintegro se solicita firmada y sellada por el médico Neurólogo a cargo del paciente y avalada por firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. "Protocolo quirúrgico del implante del neuroestimulador firmado y sellado por el especialista interviniente. "Certificado de implante completo con stickers (ver Normas) firmado y sellado por el especialista y por el Auditor Médico del Agente de salud. "Consentimiento informado firmado por el paciente/familiar/tutor y el médico a cargo del procedimiento. | \$ 150.000         |
| Nervioso central y periférico | Enfermedad neurológica | Epilepsia refractaria al tratamiento médico               | Neuroestimulador vagal                    | Módulo de insumos y materiales descartables | Electroencefalograma de 12 derivaciones en adultos con sospecha de epilepsia y en niños y jóvenes, en casos de diagnóstico incierto; RMN (en especial en casos de epilepsia en < 2 años o en adultos, ante indicios de un comienzo focal (por historia clínica, el examen físico o el EEG (a menos que haya una clara evidencia de epilepsia focal benigna) o persistencia de crisis a pesar de la medicación de primera línea.                                                                                                   | Diagnóstico de epilepsia confirmado; edad 12 a 65 años; crisis parciales o generalizadas idiopáticas o de origen estructural; periodo interictal < 3 semanas; fallo de la medicación tras 1 mes con una o tres drogas con niveles estables; cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico, documentando debidamente su fracaso; convulsiones parciales que permanecen refractarias al tratamiento óptimo con medicación antiepiléptica o tienen contraindicación o intolerancia a todo tratamiento antiepiléptico, incluyendo el tratamiento quirúrgico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y la estrategia terapéutica medicamentosa efectuada donde consten drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta. "Fundamentación médica de la necesidad de implante del dispositivo cuyo reintegro se solicita firmada y sellada por el médico Neurólogo a cargo del paciente y avalada por firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. "Protocolo quirúrgico del implante del neuroestimulador firmado y sellado por el especialista interviniente. "Certificado de implante completo con stickers (ver Normas) firmado y sellado por el especialista y por el Auditor Médico del Agente de salud. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo del procedimiento.    | \$ 150.000         |

| Sistema orgánico funcional    | Afección de la salud                                      | Patología                                                                      | Tecnología                                                 | Prestación                                                  | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                            | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor a reintegrar            |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Nervioso central y periférico | Enfermedad neurológica                                    | Lesión ocupante intracerebral                                                  | Radioneurocirugía cerebral                                 | Módulo unico                                                | Lesión ocupante que ocasione Síndrome de Hipertensión Endocraneana-Tumores vascularizados cerebrales: RMN, angiografía digital, PET.                                              | Malformaciones arteriovenosas del cerebro, < 3 cm, sintomáticas. Tumores primarios de cerebro (glioma, meningioma, tumores hipofisarios, hemangioblastomas, neurinomas acústicos, craneofaringiomas) si los mismos son irresecables dada su localización o condiciones del paciente.<br>Tumores metastásicos del cerebro. En forma fraccionada, en tumores de difícil llegada, como los del nervio óptico o hipotálamo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentación médica específica: "Historia clínica con cuadro clínico, estado evolutivo y diagnóstico de certeza. "Justificación médica de la necesidad de tratamiento neuroquirúrgico específico, confeccionada por el especialista Neurocirujano tratante donde conste la imposibilidad de tratamiento quirúrgico convencional. "Protocolo del procedimiento radioquirúrgico con detalle de dosis, firmado por el médico radioterapeuta que planifico el procedimiento y avalado por la firma del Auditor Médico del Agente de Salud. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo del procedimiento                                                                                                                                          | \$ 30.000                     |
| Nervioso central y periférico | Enfermedad vascular cerebral                              | Aneurismas, malformaciones arterio-venosas o tumores vascularizados cerebrales | Embolizaciones y/o coils y/o stent de vasos intracraneales | Módulo de embolizaciones                                    | Aneurisma roto: Confirmación de HSA (TAC cerebral o PL) + angiografía para diagnóstico anatómico del aneurisma. Tumores vascularizados cerebrales: RMN, angiografía digital, PET. | Aneurismas: "de la circulación posterior (en especial tronco de la arteria basilar); "de alto riesgo operatorio (predictor más importante: edad avanzada); "edema cerebral y escala de Hunt y Hess avanzado. "En aneurismas de tamaño intermedio y en circulación anterior. " MAV" (según Escala de Spetzler modificada por Oliveira) "en tipo IIIa Terapia endovascular previa a la microcirugía; "tipo IIIb: radiocirugía; "grado IV y V embolización previa a la cirugía sólo si hay hemorragias o repetición o si hay déficit fijo ya instalado o si hay deterioro progresivo de la capacidad funcional. "Lesiones IIIa, IV o V que hayan sido exitosamente tratadas por terapia endovascular con rido residual < 3 cm de diámetro, puede aplicarse radiocirugía al rido en vez de realizar cirugía. "Tumores vascularizados cerebrales: hemangioblastomas, metástasis intracraneales, meningiomas, tumores neurogénicos, hemangiopericitomas (por ejemplo, los schwannomas), paragangliomas, angiofibromas nasofaríngeos juveniles, hemangiomas. "La embolización paliativa de tumores del SNC puede estar indicada como el único tratamiento para | Documentación médica específica: "Historia clínica neurológica con diagnóstico definitivo y de certeza del tipo de patología que requirió alguno de los insumos señalados y detalle de evolución post-cirugía. "Solicitud del insumo (solo detalles técnicos sin marcas) confeccionada por el médico Neurocirujano interviniente. "Protocolo quirúrgico. "Certificado de implante completo firmado y sellado por el cirujano interviniente y el Auditor Médico del Agente de Salud con los stickers pegados (ver normas generales). "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo de la cirugía.                                                                                                                                                 | \$ 30.000                     |
| Nervioso central y periférico | Traumatismo craneoencefálico y otras patologías craneanas | Reparación de calota craneana                                                  | Sistema de reconstrucción craneal en 3D                    | Módulo de reconstrucción craneo facial, incluyendo prótesis | Prescripción por médico especialista e imágenes.                                                                                                                                  | Fracturas de cráneo, craneosinostosis, encefalocele frontal, nasal, heria de tejido cerebral, deformidades faciales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle de la patología por la cual se indica el sistema de reconstrucción en 3D y evolución post reparación. "Fundamentación médica confeccionada por el Equipo de Neurocirugía sobre la necesidad de utilizar el sistema de reconstrucción 3D firmada y sellada por el Jefe del Equipo y el auditor médico del Agente de Salud. "Protocolo quirúrgico de la cirugía de reconstrucción firmado y sellado por el profesional interviniente. "Protocolo de la confección del modelo. "Certificado de implante firmado y sellado por el jefe del equipo Neuroquirúrgico y el Auditor Médico del Agente de Salud, con stickers. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo de la cirugía. | Precio a reintegrar: \$80.000 |
| Neuropsicológico              | Trastorno psicoddependiente                               | Drogadependencia                                                               | Módulo de atención ambulatoria en consultorio              | Consulta y orientación                                      | Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia                                                                                                                                     | Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica instituida donde conste si se prescribió medicación específica( droga/dosis/tiempo) . Acta firmada por el paciente /familiar o tutor donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado " Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio, dirección y                                                                                                                                                                                                                                                                 | Módulo Mensual \$ 500         |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud       | Patología        | Tecnología                                      | Prestación                                               | Fundamento Diagnóstico                       | Fundamento Terapéutico                       | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor a reintegrar     |
|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Neuropsicológico           | Trastorno psicodependiente | Drogadependencia | Módulo de atención ambulatoria en consultorio   | Tratamiento ambulatorio: control y prevención de recaída | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica. Instituida donde conste si se prescribió medicación específica (droga/dosis/tiempo) Evolución del paciente. Acta firmada por el paciente /familiar o tutor donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado. * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio de atención y cronograma con horarios                | Módulo Mensual \$ 500  |
| Neuropsicológico           | Trastorno psicodependiente | Drogadependencia | Módulo de rehabilitación en centros específicos | Hospital de día: Jornada simple de 4 horas               | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica. Instituida donde conste si se prescribió medicación específica (droga/dosis/tiempo) Evolución del paciente. Acta firmada por el paciente /familiar o tutor donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado. * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución,                                                                | Módulo Mensual \$ 1500 |
| Neuropsicológico           | Trastorno psicodependiente | Drogadependencia | Módulo de rehabilitación en centros específicos | Hospital de día: Jornada completa de 8 horas             | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica. Instituida donde conste si se prescribió medicación específica (droga/dosis/tiempo) Acta firmada por el paciente /familiar o tutor y el médico especialista interviniente donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado. * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio de atención y cronograma con horarios | Módulo Mensual \$ 1500 |
| Neuropsicológico           | Trastorno psicodependiente | Drogadependencia | Módulo de rehabilitación en centros específicos | Hospital de noche                                        | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica. Instituida donde conste si se prescribió medicación específica (droga/dosis/tiempo) Acta firmada por el paciente /familiar o tutor y el médico especialista interviniente donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado. * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución,                                                 | Módulo Mensual \$ 1500 |
| Neuropsicológico           | Trastorno psicodependiente | Drogadependencia | Módulo de tratamiento en internación            | Internación para desintoxicación                         | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por médico especialista. * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio) firmada y sellada por el médico del Agente de Salud,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Módulo día : \$ 200    |
| Neuropsicológico           | Trastorno psicodependiente | Drogadependencia | Módulo de tratamiento en internación            | Comunidad terapéutica                                    | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Trastorno psicodependiente/ Drogadependencia | Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por médico especialista. * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio de atención) firmada y sellada por el médico del Agente de Salud,                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Módulo Mensual \$ 6000 |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud       | Patología                         | Tecnología                                        | Prestación                                                                             | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valor a reintegrar |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Otorrinolaringológico      | Enfermedad Auditiva        | Hipoacusia de diferentes orígenes | Implante coclear - BAHÁ (Implante Osteointegrado) | Módulo de implante, incluye prótesis, procedimiento de implante y material descartable | Audiometría tonal ( a campo libre sin audífonos en oídos por separado) y logaudiometría en adultos-BERA- Oíemisión acústica-Timpanometría y reflejos estapediales-Test de percepción de los sonidos del habla-Historia Clínica completa - examen otológico-Estudios por imágenes y evaluación prequirúrgica-Estudios Psicológicos/neurolingüísticos y psicopedagógicos- Presentar Acta con conclusiones y recomendaciones-                                                                                                                                                                        | 1. Implante coclear bilateral simultáneo<br>Niño menor de 5 años de edad con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral sin discapacidades asociadas; paciente post meningitis de cualquier edad; paciente con pérdida profunda súbita bilateral de cualquier edad; neuropatía auditiva genética<br>2. Implante coclear bilateral sucesivo o secuencial<br>Paciente sordo-ciego de cualquier edad; malformación coclear bilateral con posibilidad de ser implantado; paciente implantado coclear de un oído y usuario de audífono en el oído contralateral cuyo rendimiento decrece en el tiempo o con mal rendimiento en ruido; neuropatía auditiva adquirida (desinervación neural-desorden eléctrico del nervio auditivo); paciente con hipoacusia severa profunda ya implantado en oído con discapacidades asociadas.<br>3. Implante coclear unilateral<br>Hipoacusia neurosensorial profunda unilateral con acúfeno discapacitante refractario al tratamiento; hipoacusia neurosensorial sùbita profunda unilateral<br>Criterios de Exclusión: pacientes que por su condición clínica, psicológica o anatómica del hueso temporal, oído | Documentación médica específica: "Historia clínica audiológica con diagnóstico definitivo y de certeza por el cual se indica el implante coclear y evolución post-implante. "En función de todos los estudios pre-implante efectuados presentar acta con conclusiones y recomendaciones. "Solitud del Insumo sin (detalles técnico) confeccionada por el médico Otorrinolaringólogo interviniente. "Protocolo quirúrgico de la cirugía de colocación. "Certificado de implante completo firmado y sellado por el cirujano interviniente y el Auditor Médico del Agente de Salud con los stickers pegados (ver normas generales). "Consentimiento informado firmado por paciente, padres o tutores. " Acta firmada por el paciente, padres o tutores del compromiso de concurrencia a la rehabilitación post-implante. | \$ 100.000         |
| Urogenital                 | Enfermedad génito-urinario | Incontinencia Urinaria            | Esfínteres urinarios externos                     | Insumos                                                                                | Antecedente de prostatectomía radical, vejiga neurogénica, radioterapia previa; descripción del tipo y la severidad de la incontinencia; período de seguimiento postquirúrgico de por lo menos 12 meses antes de determinar el grado final de incontinencia; estudio urodinámico (determina la causa de la incontinencia, y valora el tipo de tratamiento a efectuar, confirma o no la existencia de una disfunción vesical o esfinteriana durante la fase de llenado y establece si hay obstrucción durante la micción).                                                                         | Incontinencia urinaria severa que afecta la calidad de vida del paciente. En hombres, después de la prostatectomía radical, disfunción esfinteriana intrínseca después de una fractura pélvica, lesión de la médula espinal, reconstrucción uretral, varios procedimientos fallidos anti-incontinencia, vejiga neurogénica asociada a incompetencia del esfínter o del cuello vesical.No cuenta con aprobación de la FDA para mujeres y niños con incontinencia urinaria intratable (vejiga neurogénica, extrofia/epispatias).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentación médica específica: "Historia clínica - urológica con cuadro clínico, examen físico y secuencia de estudios complementarios efectuados con los que se arribó al diagnóstico (Examen físico, diario miccional, estudio urodinámico) y evolución post-implante. "Antecedentes de cirugía(prostatectomía radical) "Protocolo quirúrgico. "Pedido del insumo sobre el cual se solicita el reintegro firmado y sellado por especialista en Urología (detalle técnico únicamente). "Protocolo quirúrgico de la cirugía de colocación del implante completo firmado y sellado por los profesionales intervinientes. "Certificado de implante firmado y sellado por el cirujano interviniente y avalado por firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud, con stickers pegados (ver normas generales).   | \$ 90.000          |
| Urogenital                 | Identidad de género        | Disforia de género                | Cirugía de reasignación sexual                    | Módulo quirúrgico                                                                      | Disforia de género, persistente y bien documentada; capacidad para tomar una decisión bien informada y para dar el consentimiento de su tratamiento; mayoría de edad; si hubieran condiciones médicas o psicológicas concomitantes, las mismas deben estar controladas; un mínimo de 12 meses continuos de terapia hormonal apropiada para los objetivos de género del paciente (salvo que exista contraindicación del tratamiento) a fin de lograr una supresión hormonal reversible; un mínimo de 12 meses continuos de vida en el género sexual que sea congruente con su identidad de género. | Disforia de género, persistente y bien documentada; capacidad para tomar una decisión bien informada y para dar el consentimiento de su tratamiento; mayoría de edad; si hubieran condiciones médicas o psicológicas concomitantes, las mismas deben estar controladas; un mínimo de 12 meses continuos de terapia hormonal apropiada para los objetivos de género del paciente (salvo que exista contraindicación del tratamiento) a fin de lograr una supresión hormonal reversible; un mínimo de 12 meses continuos de vida en el género sexual que sea congruente con su identidad de género.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Documentación médica específica: "Historia clínica con evaluación por equipo multidisciplinario actuante firmada y sellada por el Jefe del Equipo- "Consentimiento informado, firmado por el paciente y el médico a cargo de la intervención. "Protocolo quirúrgico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 20.000          |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                            | Patología                                     | Tecnología               | Prestación             | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Valor a reintegrar                                    |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                            |                                                                 | Perfusión de órganos pretrasplante            | Perfusión de órganos     | Perfusión de órganos   | Perfusión de órganos pretrasplante desde la procuración hasta la implantación en el receptor conforme las normas y valores establecidos por la resolución actualizada del INCUCAI vigente al momento de la prestación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Perfusión de órganos pretrasplante desde la procuración hasta la implantación en el receptor conforme las normas y valores establecidos por la resolución actualizada del INCUCAI vigente al momento de la prestación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Paciente inscrito en lista de espera oficial del INCUCAI. Acta de Procuración. Protocolo quirúrgico de la cirugía del implante del órgano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Según Resolución vigente al momento del procedimiento |
|                            |                                                                 | Procuración de órganos                        | Procuración de órganos   | Procuración de órganos | Procuración de órganos conforme las normas y valores establecidos vigente al momento de la prestación. Según Ley 24193 y Decreto Reglamentario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Procuración de órganos conforme las normas y valores establecidos vigente al momento de la prestación. Según Ley 24193 y Decreto Reglamentario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Paciente inscrito en lista de espera oficial del INCUCAI. Acta de Procuración. Protocolo quirúrgico de la cirugía del implante del órgano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Según Resolución vigente al momento del procedimiento |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Evaluación para trasplante de órgano o tejido | Prácticas médicas varias | Módulo Pre-Transplante | Internación. Estudios de Laboratorio: Hemograma, Dosaje de hemoglobina, uremia, creatinina, clearance de creatinina, Recuento de Plaquetas, Hepatograma, Glucemia, Ionograma, Proteinograma Electroforético, Colesterol, HDL, LDL, Triglicéridos, Factor V, RIN, Tiempo de Protrombina, Grupo Sanguíneo y factor Rh, Anticuerpos irregulares, PPD, Antígeno Prostático específico, coprocultivo, urocultivo, Dosaje de hormona Tiroides (TSH, T3 y T4) Serología: HBsAg, HBs Ac, Anti Core, Chagas, Toxoplasmosis, Brucelosis, Citomegalovirus, HIV, HTLV I y II, Varicela Zoster, Epstein Barr, Hepatitis A y C (otras según criterio médico), herpes I y II -VDRL. Cross Match contra panel, anti HLA. Estudios Radiológicos: Rx de Tórax F y P, Rx Simples y contrastadas renales. Radioscopías manométricas esfinterianas. Mamografía. Electrocardiograma. Estudios Ecográficos: ecocardiograma Doppler Color, ecografía Doppler de abdomen y pelvis ecografía fono-ginecológica, eco-Doppler renal. Estudios endoscópicos: endoscopías digestivas y/o videoescop. | Internación. Estudios comunes al pre-trasplante: Estudios de laboratorio: hemograma, hemoglobina, uremia, creatinina, clearance de creatinina, recuento de plaquetas, hepatograma, glucemia, ionograma, proteinograma electroforético, colesterol, HDL, LDL, triglicéridos, factor V, RIN, tiempo de protrombina, grupo sanguíneo y factor Rh, anticuerpos irregulares, PPD, antígeno prostático específico, coprocultivo, urocultivo, TSH, T3 y T4. Serología para: Hepatitis B (HBsAg, HBs Ac, Anti Core), Chagas, Toxoplasmosis, Brucelosis, Citomegalovirus, HIV, HTLV I y II, Varicela Zoster, Epstein Barr, Hepatitis A y C (otras según criterio médico), Herpes I y II, VDRL. Cross match contra panel, anti HLA. Estudios radiológicos: Rx de Tórax (F y P). Electrocardiograma. Estudios ecográficos: ecocardiograma Doppler color. Estudios de capacidad funcional respiratoria: espirometría. Interconsultas: Neumología, Cardiología, Urología, Ginecología, Infectología, Gastroenterología, Nutrición Psiquiatría, Otorrinolaringología y todas las necesarias, incluidos los estudios complementarios diagnósticos que se requieran. | Documentación médica específica: "Se deberá presentar la inscripción del paciente en Lista de espera oficial. "Informe de conclusión final de aptitud para el trasplante. "Este módulo incluye todas las prácticas de laboratorio, estudios de compatibilidad, prácticas radiológicas, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios en el contexto de la evaluación pre-trasplante y es aplicable a la evaluación de todo tipo de trasplante salvo el de médula ósea con búsqueda de donante internacional. "El reintegro solo podrá presentarse una vez concluida la evaluación y obtenido el resultado. "Este módulo será reintegrado por única vez. "Podrá ser solicitado el reintegro en caso de evaluación de donantes vivos. "Los prestadores, sean públicos o privados, deberán estar habilitados por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI). "No se subsidiarán prácticas de trasplantes en el exterior. "En toda presentación relacionada con pretrasplantes o trasplantes se deberá adjuntar constancia fehaciente de que el paciente se encu | \$ 7.000                                              |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud     | Patología          | Droga      | Sinonimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                    | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                         | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Valor a reintegrar |
|----------------------------|--------------------------|--------------------|------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Cutáneo                    | Enfermedad Dermatológica | Psoriasis en placa | Adalimumab |          | Las características clínicas de las lesiones cutáneas y su localización son los criterios más relevantes para el diagnóstico de la enfermedad. En casos sospechosos puede requerirse anatomía patológica. | Pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a severa intensidad, quienes sean candidatos para terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas sean médicamente menos apropiadas. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal-historia familiar positiva y eventual biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación Médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro informando: dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el medico especialista dermatologo tratante y por el auditor medico del Agente de Salud. El reintegro solo sera reconocido ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente. | Ver Anexo V        |
| Cutáneo                    | Enfermedad Dermatológica | Psoriasis en placa | Etanercept |          | Las características clínicas de las lesiones cutáneas y su localización son los criterios más relevantes para el diagnóstico de la enfermedad. En casos sospechosos puede requerirse anatomía patológica. | Pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a severa intensidad, quienes sean candidatos para terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas sean médicamente menos apropiadas. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal-historia familiar positiva y eventual biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación Médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro informando: dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el medico especialista dermatologo tratante y por el auditor medico del Agente de Salud. El reintegro solo sera reconocido ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud     | Patología           | Droga      | Sinonimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                  | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Valor a reintegrar |
|----------------------------|--------------------------|---------------------|------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Cutáneo                    | Enfermedad Dermatológica | Psoriasis en placa  | Infliximab |          | Las características clínicas de las lesiones cutáneas y su localización son los criterios más relevantes para el diagnóstico de la enfermedad. En casos sospechosos puede requerirse anatomía patológica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a severa intensidad, quienes sean candidatos para terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas sean médicamente menos apropiadas.                                          | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal- historia familiar positiva y eventual biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación Médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro informando: dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el medico especialista dermatologo tratante y por el auditor medico del Agente de Salud. El reintegro solo sera reconocido ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente. | Ver Anexo V        |
| Digestivo                  | Enfermedad Digestiva     | Colitis ulcerosa    | Infliximab |          | El síntoma más característico de la colitis ulcerosa es la diarrea con sangre. Pueden asociarse otros síntomas como: dolor abdominal sobre todo en fosa ilíaca izquierda, fiebre en los brotes severos y extensos, tenesmo rectal, urgencia o incontinencia en las formas de afectación más distal, o síntomas de afectación general como pérdida de peso o anorexia. Además, pueden aparecer manifestaciones extraintestinales, fundamentalmente articulares, cutáneas y oculares. Sumado a hallazgos en colonoscopia y confirmado por medio de anatomía patológica | Colitis ulcerosa activa moderada a grave en pacientes que respondieron inadecuadamente al tratamiento convencional, incluyendo corticosteroides y 6-MP o AZA, o que presentan intolerancia o tienen contraindicaciones médicas al empleo de los mismos. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (endoscopia y biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista gastroenterólogo tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud                                                                                                                                                              | Ver Anexo V        |
| Digestivo                  | Enfermedad Digestiva     | Enfermedad de Crohn | Adalimumab |          | El diagnóstico de certeza se realiza mediante la combinación de un criterio de biopsia (presencia de granulomas o infiltrados linfoides), sumado a la presencia de al menos dos de los siguientes: a) Lesión digestiva alta b) Lesión anal c) Distribución segmentaria d) Lesión transmural e) Fisura anal f) Absceso g) Fístula e) Estenosis                                                                                                                                                                                                                        | Enfermedad activa moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional.                                                                                                                                                   | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (endoscopia y biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista gastroenterólogo tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud                                                                                                                                                              | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología                     | Droga                       | Sinónimo              | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor a reintegrar |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Digestivo                  | Enfermedad Digestiva           | Enfermedad de Crohn           | Infliximab                  |                       | El diagnóstico de certeza se realiza mediante la combinación de un criterio de biopsia (presencia de granulomas o infiltrados linfoides), sumado a la presencia de al menos dos de los siguientes: a) Lesión digestiva alta b) Lesión anal c) Distribución segmentaria d) Lesión transmural e) Fisura anal f) Absceso g) Fístula e) Estenosis | Enfermedad activa moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional.                                                                                                                                                                                                   | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (endoscopia y biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista gastroenterólogo tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud                      | Ver Anexo V        |
| Digestivo                  | Enfermedad Hepática Infecciosa | Hepatitis Crónica por Virus B | Adefovir dipivoxil          |                       | Hepatitis crónica HBe Ag positivo: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado. Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado.                                        | a) Hepatitis crónica HBe Ag positivo en pacientes con hepatitis crónica HIV negativo b) Pacientes con cirrosis descompensada HIV negativo c) Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas d) Hepatitis crónica B + HIV positivo sin indicación de HAARadioterapia | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: Hbs Ag, Anti HBe, Anti HBe, HBe Ag, Anti HBs. *Biopsia hepática o justificación para la no realización. *En caso de Cirrosis informar estado de Child-Pugh. Carga Viral de HBV. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consigñar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis B, y consignar biopsia si se ha realizado. | Ver Anexo V        |
| Digestivo                  | Enfermedad Hepática Infecciosa | Hepatitis Crónica por Virus B | Interferón alfa 2a pegilado | Peginterferón alfa 2a | Hepatitis crónica HBe Ag positivo: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado. Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado.                                        | a) Hepatitis crónica HBe Ag positivo en pacientes con hepatitis crónica HIV negativo b) Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas c) Hepatitis crónica B + HIV positivo sin indicación de HAART                                                                | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: Hbs Ag, Anti HBe, Anti HBe, HBe Ag, Anti HBs. *Biopsia hepática o justificación para la no realización. *En caso de Cirrosis informar estado de Child-Pugh. Carga Viral de HBV. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consigñar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de hepatitis B, y consignar biopsia si se ha realizado.    | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología                     | Droga                       | Sinonimo              | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valor a reintegrar |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Digestivo                  | Enfermedad Hepática Infecciosa | Hepatitis Crónica por Virus B | Lamivudina                  |                       | Hepatitis crónica HBe Ag positivo: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado. Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado. | a) Hepatitis crónica HBe Ag positivo en pacientes con hepatitis crónica HIV negativo b) Pacientes con cirrosis descompensada HIV negativo c) Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas d) Hepatitis crónica B + HIV positivo con indicación de HAART asociar Lamivudina y Tenofovir como parte del esquema antirretroviral. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: Hbs Ag, Anti HBe, Anti HBe, HBe Ag, Anti HBs. *Biopsia hepática o justificación para la no realización. *En caso de Cirrosis informar estadio de Child-Pugh. Carga Viral de HBV. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consigñar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis B, y consignar biopsia si se ha realizado. | Ver Anexo V        |
| Digestivo                  | Enfermedad Hepática Infecciosa | Hepatitis Crónica por Virus C | Interferón alfa 2a pegilado | Peginterferón alfa 2a | Anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C sumados a determinación de ARN viral (técnica de PCR)                                                                                                                                                                                                    | a) Hepatitis C aguda b) Hepatitis C crónica Genotipos 1 y 4 asociado a Ribavirina c) Hepatitis C crónica Genotipos 2 y 3 asociado a Ribavirina                                                                                                                                                                                                                       | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: anti HCV, HCV ARN, Genotipo HCV. *En caso de Cirrosis informar estadio de Child-Pugh. *Carga Viral de HVC. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consigñar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis C, y consignar biopsia si se ha realizado.                                                                       | Ver Anexo V        |
| Digestivo                  | Enfermedad Hepática Infecciosa | Hepatitis Crónica por Virus C | Interferón alfa 2b          | Peginterferón alfa 2b | Anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C sumados a determinación de ARN viral (técnica de PCR)                                                                                                                                                                                                    | a) Hepatitis C aguda b) Hepatitis C crónica Genotipos 1 y 4 asociado a Ribavirina c) Hepatitis C crónica Genotipos 2 y 3                                                                                                                                                                                                                                             | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: anti HCV, HCV ARN, Genotipo HCV. *En caso de Cirrosis informar estadio de Child-Pugh. *Carga Viral de HVC. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consigñar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis C, y consignar biopsia si se ha realizado.                                                                       | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud           | Patología                                                         | Droga         | Sinónimo                  | Fundamento Diagnostico                                                                              | Fundamento Terapeutico                     | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Valor a reintegrar |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Digestivo                  | Enfermedad Hepática Infecciosa | Hepatitis Crónica por Virus C                                     | Ribavirina    |                           | Anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C sumados a determinación de ARN viral (técnica de PCR) | Hepatitis C crónica, genotipos 1, 2, 3 y 4 | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: anti HCV, HCV ARN, Genotipo HCV. *En caso de Cirrosis informar estado de Child-Pugh. *Carga Viral de HVC. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consiguar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis C, y consiguar biopsia si se ha realizado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ver Anexo V        |
| Hematopoyético             | Enfermedad Hematológica        | Enfermedad de Von Willebrandt (déficit de factor VIII postergado) | Factor VIII-C | Factor de Von Willebrandt | Déficit del factor de Von Willebrand en sangre                                                      | Pacientes con Enfermedad de Von Willebrand | Documentación médica específica: *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos. *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia. * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes. *Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la Ley N°25.649 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional). *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII; solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud    | Patología                                 | Droga                                                             | Sinónimo | Fundamento Diagnostico            | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Hematopoyético             | Enfermedad Hematológica | Hemofilia Tipo A (Déficit de factor VIII) | Factor de coagulación VIII                                        |          | Déficit del factor VIII en sangre | <p>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), menores de 18 años, que presenten 2 o más hemorragias articulares, en una o más articulaciones blanco y sin secuelas articulares graves</p> | <p>Documentación médica específica:<br/>           *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos.<br/>           *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia, * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes-<br/>           Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la Ley N°25648 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional).<br/>           *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII, solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d</p> | Ver Anexo V        |
| Hematopoyético             | Enfermedad Hematológica | Hemofilia Tipo A (Déficit de factor VIII) | Factor de coagulación VIIa recombinante, Eptacog alfa (activado). |          | Déficit del factor VIII en sangre | <p>Profilaxis primaria: Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre), luego del 1º episodio de hemorragia mayor o articular. Profilaxis secundaria: 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 mas de dos hemorragias articulares, en una o mas articulaciones blanco y sin secuelas articulares graves. (Res 2048/03)</p>         | <p>Documentación médica específica:<br/>           *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos.<br/>           *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia, * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes-<br/>           Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en Unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la N°Ley 25648 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional).<br/>           *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII, solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d</p> | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud    | Patología                               | Droga                                                             | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                            | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Hematopoyético             | Enfermedad Hematológica | Hemofilia Tipo B (Déficit de factor IX) | Factor de coagulación VIIa recombinante, Eptacog alfa (activado). |          | Déficit del factor IX de la coagulación en sangre | <p>Profilaxis primaria: Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre), luego del 1º episodio de hemorragia mayor o articular. Profilaxis secundaria: 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 mas de dos hemorragias articulares, en una o mas articulaciones blanco y sin secuelas articulares graves. (Res 2048/03)</p>          | <p>Documentación médica específica:<br/>           *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos.<br/>           *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia, * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes-<br/>           Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la Ley N°25.649 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional).<br/>           *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII, solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d</p> | Ver Anexo V        |
| Hematopoyético             | Enfermedad Hematológica | Hemofilia Tipo B (Déficit de factor IX) | Factor de coagulación IX                                          |          | Déficit del factor IX de la coagulación en sangre | <p>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), menores de 18 años, que presenten 2 o más hemorragias articulares, en una o más articulaciones blanco y sin secuelas articulares graves.</p> | <p>Documentación médica específica:<br/>           *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos.<br/>           *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia, * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes-<br/>           Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en Unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la Ley N°25.649 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional).<br/>           *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII, solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d</p> | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud    | Patología                           | Droga       | Sinonimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                            | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Hematopoyético             | Enfermedad Hematológica | Hemoglobinuria paroxística nocturna | Eculizumab  | HPN      | En general se presenta con anemia grave, con cifras de hemoglobina inferiores a 5 g/dl, leucopenia y trombocitopenia. Test de sensibilidad de los glóbulos rojos (Prueba de Ham, prueba de Sucrosa, Prueba de Trombina.) Citometría de flujo donde se demuestra la presencia de glóbulos rojos y/o granulocitos carentes de proteínas de membrana ligadas al GPI mediante el uso de anticuerpos monoclonales (CD55 y CD59) | Pacientes con antecedentes de transfusiones                                                                                                                                                                                                                       | Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamentos diagnósticos). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación del médico especialista del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis/tiempo y respuesta firmada y sellada por dicho profesional y por el Auditor Médico del Agente de salud.            | Ver Anexo V        |
| Hematopoyético             | Enfermedad Hematológica | Síndrome urémico hemolítico         | Eculizumab  | SHU      | Insuficiencia Renal Aguda, Anemia Hemolítica microangiopática y trombocitopenia grave, con microangiopatía de selectiva localización renal, manifestaciones de lesión isquémica en otros órganos como sistema nervioso central, retina, miocardio, páncreas e intestino.                                                                                                                                                   | Pacientes con SHU atípico                                                                                                                                                                                                                                         | Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamentos diagnósticos). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación del médico especialista del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis/tiempo y respuesta firmada y sellada por dicho profesional y por el Auditor Médico del Agente de Salud.            | Ver Anexo V        |
| Hematopoyético             | Enfermedad Hematológica | Sobrecarga crónica de hierro        | Deferasirox |          | Concentración de hierro en la sangre de más de 100 mg/dL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Pacientes con: 1) Hemosiderosis por transfusión. 2) Hemocromatosis Idiopática en pacientes que no toleran la flebotomía a causa de patologías concomitantes. 3) Sobrecarga de hierro asociada con porfiria cutánea tardía en pacientes que no toleran flebotomía. | Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamentos diagnósticos). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación del médico especialista en Hematología del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, dosis utilizada/tiempo y respuesta firmada y el sellado por el médico especialista y del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                    | Droga                               | Sinónimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fundamento Terapeutico                              | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Inmune                     | Enfermedad autoinmune | Enfermedad de Guillain Barré | Inmunoglobulina humana inespecifica |          | <p><u>Características requeridas:</u> a) Debilidad progresiva en brazos y piernas. b) Arreflexia (o hiporreflexia). <u>Características de soporte al diagnóstico:</u> Progresión de los síntomas durante días a 4 semanas. Simetría relativa. Síntomas o signos sensitivos leves. Compromiso de nervios craneales, especialmente debilidad facial bilateral. Recuperación a partir de 2 a 4 semanas después que cesa la progresión. Disfunción autonómica. Ausencia de fiebre al inicio. LCR típico (disociación albuminocitológica). EMG/estudios de conducción nerviosa (signos característicos de un proceso de desmielinización en los nervios periféricos).</p> <p><u>Características que ponen en duda el diagnóstico:</u> Debilidad asimétrica. Disfunción persistente vesical o intestinal. Disfunción vesical o intestinal en el inicio. Presencia &gt; 50 leucocitos mononucleares/mm<sup>3</sup> o de leucocitos polimorfonucleares en el LCR. Compromiso a distinto nivel sensitivo.</p> | Dentro de las dos semanas de iniciada la enfermedad | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico. *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Esquema terapéutico instituido con detalle dosis/tiempo y respuesta.                                                                                                                                                                                                                                                       | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Enfermedad autoinmune | Enfermedad de Wegener        | Rituximab                           |          | <p>Al menos dos de los siguientes criterios presentes: 1) Inflamación nasal u oral, desarrollo de úlceras orales dolorosas o no, emisión hemorrágica o purulenta nasal. 2) Radiografía de tórax anormal. Presencia de nódulos, infiltrados fijos o cavidades. 3) Sedimento urinario anormal. Microhematuria (más de 5 hematíes por campo) o presencia de hematíes en el sedimento urinario. 4) Inflamación granulomatosa en biopsia. Cambios histológicos que muestran inflamación granulomatosa dentro de la pared de una arteria o en el área peri o extra vascular (arteria o arteriola).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | En combinación con glucocorticoides                 | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios complementarios que fundamenten (ver detalle en fundamentos diagnósticos). * Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación del médico especialista del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, dosis utilizada, tiempo y respuesta (asociación con otras drogas), firmada además por el Auditor Médico del Agente de Salud.          | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Enfermedad autoinmune | Poliangeitis Microscópica    | Rituximab                           |          | Vasculitis pauci inmunitaria de pequeños vasos con anticuerpos contra Mieloperoxidasa-ANCA o Proteinasa-3-ANCA, determinados por ELISA o por IFI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | En combinación con glucocorticoides                 | Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (ver detalle en fundamentos diagnósticos). *Tratamientos instituidos previamente del agente biológico (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación médica del médico especialista sobre la medicación de la cual se solicita el reintegro, dosis utilizada/tiempo y respuesta, con la firma además del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                                        | Droga                               | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                          | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Inmune                     | Enfermedad autoinmune | Púrpura Trombocitopénica Idiopática              | Inmunoglobulina humana inespecífica |          | Deben estar presentes los cuatro requisitos siguientes: a) Síndrome purpúrico con trombocitopenia (recuento plaquetario menor de 150x109/l). b) Ausencia de enfermedad infecciosa aguda concomitante (por ejemplo: mononucleosis infecciosa, hepatitis). c) Ausencia de patología sistémica de base (por ejemplo: lupus eritematoso sistémico, síndrome de inmunodeficiencia adquirido, linfoma). d) Megacariocitos normales o aumentados en médula ósea (este criterio puede ser reemplazado por la ocurrencia de remisión espontánea completa en aquellos pacientes a los que no se les hubiera realizado punción de médula ósea). | Pacientes con cifras de plaquetas inferiores a 20.000 por dl, donde se precise una respuesta rápida por hemorragia severa/vital aguda o alto riesgo de la misma | Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamento diagnóstico). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación médica (del especialista) de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro, dosis utilizada/tiempo y respuesta.                                                                      | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Enfermedad autoinmune | Síndrome de Kawasaki                             | Inmunoglobulina humana inespecífica |          | Se deben cumplir 5 de los siguientes: a) Fiebre persistente durante 5 días o más. b) Extremidades periféricas. Fase inicial: Enrojecimiento de palmas y plantas. Edema indurado. Fase convaleciente: Descamación membranosa en la punta de los dedos. c) Exantema polimorfo. d) Congestión conjuntival bilateral. e) Labios y cavidad oral: Enrojecimiento de los labios. Lengua de fresa. Inyección difusa de la mucosa oral y faríngea. f) Linfadenopatía cervical aguda no purulenta.                                                                                                                                             | Con la confirmación de certeza del diagnóstico                                                                                                                  | Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (ver detalle en fundamento diagnóstico). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación médica sobre el medicamento del que se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta firmada por el médico tratante y el auditor del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia     | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Saquinavir                          |          | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV. Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios para el diagnóstico de la infección).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)                                            | Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.                                                                                                                                                                                             | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia     | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Indinavir                           |          | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV. Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios para el diagnóstico de la infección).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)                                            | Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.                                                                                                                                                                                             | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia     | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Ritonavir                           |          | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV. Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios para el diagnóstico de la infección).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)                                            | Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.                                                                                                                                                                                             | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud | Patología                                        | Droga                 | Sinónimo         | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                        | Fundamento Terapéutico                                                                                               | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                            | Valor a reintegrar |
|----------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Inmune                     | Inmunodeficiencia    | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Nelfinavir            |                  | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección). | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar) | Documentación médica específica:<br>*Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C. | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia    | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Atazanavir            |                  | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección). | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar) | Documentación médica específica:<br>*Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C. | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia    | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Fosamprenavir         |                  | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección). | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar) | Documentación médica específica:<br>*Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C. | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia    | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Lopinavir y Ritonavir |                  | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección). | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar) | Documentación médica específica:<br>*Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C. | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia    | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Zidovudina            | AZT              | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección). | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar) | Documentación médica específica:<br>*Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C. | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia    | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Didanosina            | DDI              | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección). | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar) | Documentación médica específica:<br>*Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C. | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia    | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Stavudina             | Estavudina (D4T) | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección). | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar) | Documentación médica específica:<br>*Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud   | Patología                                        | Droga                               | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                               | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Valor a reintegrar |
|----------------------------|------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Inmune                     | Inmunodeficiencia      | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Lamivudina                          | 3TC      | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV. Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).                                                                                                             | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)                                                 | Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.                                                                                                                                                                                                  | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia      | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Abacavir                            | ABC      | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV. Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).                                                                                                             | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)                                                 | Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.                                                                                                                                                                                                  | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia      | Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA) | Entecavir                           |          | Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV. Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).                                                                                                             | a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)                                                 | Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.                                                                                                                                                                                                  | Ver Anexo V        |
| Inmune                     | Inmunodeficiencia      | Inmunodeficiencia primaria y secundaria          | Inmunoglobulina humana inespecífica |          | Pacientes con infecciones recurrentes y/o disminución en la curva de crecimiento, en los cuales se demuestre alguna alteración en la inmunidad a través de exámenes de laboratorio (hemograma, recuento de globulos blancos, proteinograma, dosaje de inmunoglobulinas, CD19, CD4, CD8, células natural killer, o alteraciones en la citometría de flujo). | Condiciones que cursen con defectos en la inmunidad humoral                                                                                                          | Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamento diagnóstico). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro, firmada por el médico especialista tratante y el Auditor del Agente de Salud, con detalle en dosis utilizada/tiempo y respuesta. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Enfermedad de Fabry                              | Agalsidasa Beta                     |          | Varones (hemicigotas): 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)                                                                                                       | a) Pacientes con manifestaciones renales b) Portadores con manifestaciones severas no renales c) Hombres hemicigotas, asintomáticos, con Enfermedad de Fabry Clásica | Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima alfa galactosidasa en sangre). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.                     | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud   | Patología                             | Droga              | Sinonimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                               | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Valor a reintegrar |
|----------------------------|------------------------|---------------------------------------|--------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Enfermedad de Fabry                   | Agalsidasa Alfa    |          | Varones (hemigigotas): Actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos. Mujeres (heterodigotas): Actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos o confirmación diagnóstica molecular (mutación para el gen agalsidasa alfa) | a) Pacientes con manifestaciones renales<br>b) Portadores con manifestaciones severas no renales<br>c) Hombres hemigigotas, asintomáticos, con Enfermedad de Fabry Clásica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Documentación médica específica: "Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima alfa galactosidasa en sangre). "Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                 | Ver Anexo V.       |
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Enfermedad de Gaucher Tipo I          | Imiglucerasa       |          | Disminución en la actividad de la enzima glucocerebrosidasa                                                                                                                                                                                          | En caso de ser menores de 18 años, o tratarse del tipo no neuropática del adulto con uno o más de los siguientes signos: Trombocitopenia con tendencia al sangrado (Recuento de plaquetas menor a 120.000 x mm3). Anemia moderada o severa luego de excluir otras deficiencias como falta de hierro (Hemoglobina: 1,0 g/dl debajo del límite inferior para sexo y edad). Patología ósea luego de excluir otras causas como déficit de Vitamina D. Evidencia radiológica de enfermedad esquelética más allá de la osteopenia y/o deformación de Erlenmeyer. Enfermedad de Erlenmeyer (patología ósea característica) evaluada a través de RM o Rx femorales o de columna. Hepatomegalia significativa (tamaño hepático más de 1,25 veces del valor normal - 1.750 cc, en adultos) y esplenomegalia (tamaño cinco veces o más mayor al valor normal - 875 cc en adultos). | Documentación médica específica: "Historia clínica con estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (basado en la disminución de la actividad enzimática específica en sangre) y las circunstancias clínicas (2 o mas) detalladas en fundamentos terapéuticos. "Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la que se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada tiempo y respuesta, con la firma y sello del especialista y del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Enfermedad de Pompe                   | Aglicosidasa alfa  |          | Actividad disminuida de la enzima alfa glucosidasa en sangre, o por biopsia compatible                                                                                                                                                               | Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompe, tanto en su variante Temprana como Tardia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Documentación médica específica: "Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima aglicosidasa alfa en sangre). "Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                 | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Enfermedad fibroquística del páncreas | Enzima pancreática | FQ       | 1) Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L con una segunda prueba que lo confirme) 2) Estudio molecular que documente la disfunción del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR) en aquellos casos dudosos                          | Todos los pacientes con Fibrosis Quística como complemento nutricional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Documentación médica específica; Historia Clínica con inclusión de estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza (ver fundamentos diagnósticos) y evaluación del grado de severidad de la FQ.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud   | Patología                             | Droga          | Sinonimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                      | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Valor a reintegrar |
|----------------------------|------------------------|---------------------------------------|----------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Enfermedad fibroquistica del páncreas | RhDnasa humana | FQ       | 1) Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L con una segunda prueba que lo confirme) 2) Estudio molecular que documente la disfunción del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR) en aquellos casos dudosos | Indicado crónicamente en a) Pacientes de 6 años o más, capaces de realizar pruebas de función pulmonar reproducibles (variabilidad entre test < 5%) b) VEF1 ≥ 40% del esperado. c) Deterioro del registro de al menos 10% respecto a su función pulmonar basal, corroborado durante 3 meses en pruebas mensuales d) Pacientes que cumplan estrictamente la terapia convencional | Documentación médica específica: Historia Clínica con inclusión de estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza (ver fundamentos diagnósticos) y evaluación del grado de severidad de la FQ.                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Enfermedad fibroquistica del páncreas | Tobramicina    | FQ       | 1) Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L con una segunda prueba que lo confirme) 2) Estudio molecular que documente la disfunción del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR) en aquellos casos dudosos | En casos de neumonías por Pseudomonas aeruginosa. Deberá incorporarse resultado del cultivo y antibiograma de esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial.                                                                                                                                                                                                                        | Documentación médica específica: Historia clínica con inclusión de estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza (ver fundamentos diagnósticos) y evaluación del grado de severidad de la FQ. En caso de neumonía por P. Aeruginosa presentar cultivo de esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial con identificación del germen y antibiograma correspondiente                                                                                                 | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Mucopolisacaridosis tipo I            | Laronidasa     |          | Actividad disminuida de la enzima α-L-iduronidasa                                                                                                                                                                           | a) Pacientes con Subtipo Hurler b) Pacientes con Subtipo Hurler-Scheie c) Pacientes con Subtipo Scheie y síntomas moderados a severos                                                                                                                                                                                                                                           | Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima específica en sangre tal como se detalla en los fundamentos terapéuticos). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Mucopolisacaridosis tipo II           | Idursulfasa    |          | Actividad disminuida de la enzima Iduronato sulfatasa                                                                                                                                                                       | Pacientes con Fenotipo Leve. No se otorgará tratamiento en los siguientes casos: a) Formas graves o avanzadas, en las que no se observa beneficios significativos b) Pacientes con daño neurológico o cognitivo severo                                                                                                                                                          | Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima específica en sangre tal como se detalla en los fundamentos terapéuticos). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud   | Patología                   | Droga        | Sinónimo | Fundamento Diagnostico                                      | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valor a reintegrar |
|----------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------|----------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Hereditaria | Mucopolisacaridosis tipo VI | Galsulfase   |          | Actividad disminuida de la enzima Galactosamina 4-sulfatasa | <p>Criterios para iniciar tratamiento: 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 O2 nocturna: &lt;92% en menores de 18 años; &lt;85% en mayores de 18 años CVF &lt;80% del predicho c) Caminar menos de 350 m en Test de 6 minutos d) Deterioro de Función sistólica del VI.</p> <p>Criterios de Exclusión y/o suspensión del tratamiento: a) Deterioro de parámetros clínicos luego de 12 meses de iniciada la Terapia de Reemplazo Enzimático (TRE). b) Progresión a enfermedad terminal</p> | Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima específica en sangre tal como se detalla en los fundamentos terapéuticos). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                                                                                            | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica  | Astrocitoma Anaplásico      | Temozolamida |          | Anatomía patológica                                         | Astrocitoma anaplásico refractario (pacientes con una primera recaída que han experimentado progresión de la enfermedad con un régimen de dosis que contiene nitrosourea y procarbazona.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor (déficit motor-trastornos Psíquicos Sme de hipertensión endocraneana etc).</p> <p>*Detalle de la conducta terapéutica implementada (Protocolo quirúrgico si se ha intervenido y protocolo de la radioterapia postquirúrgica y/o Quimioterapia post-quirúrgica). *Biopsia. *Fundamentación del médico especialista en Oncología del uso de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro. *Esquema utilizado (dosis/tiempo) y respuesta, firmado y sellado por dicho especialista y del Auditor Médico del Agente de Salud.</p> | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica  | Cáncer gastrointestinal     | Sunitinib    |          | Anatomía patológica                                         | Después de la progresión de la enfermedad durante el tratamiento con mesilato de Imatinib o de la intolerancia al mismo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.</p> <p>*Detallar los exámenes complementarios que avalan el Diagnóstico de certeza.</p> <p>*Estadificación y Biopsia. *Tratamientos previos efectuados: tratamiento sistémico previo con Imatinib: droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por Médico Oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.</p>                                                                                                                     | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología        | Droga       | Sinonimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|------------------|-------------|----------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de colon  | Bevacizumab |          | Anatomía patológica    | En combinación con quimioterapia basada en fluoropirimidinas para el tratamiento de pacientes con carcinoma metastásico de colon o recto.                                                                                                                                                                                               | Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor y localización. *Estadificación. *Anatomía Patológica. *Tratamientos previos efectuados (protocolo de Quimioterapia) y fundamentación del Oncólogo del uso del agente biológico sobre el cual se solicita reintegro con detalle de dosis-tiempo y respuesta, firmado y sellado por dicho profesional y con el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                                           | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de colon  | Cetuximab   |          | Anatomía patológica    | Tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico con expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y con gen KRAS de tipo nativo, en combinación con quimioterapia o como agente único en pacientes que fracasaron con tratamientos basados en oxaliplatino e Irinotecan o que no toleraban Irinotecan. | Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor y localización-Estadificación-Espresion del Factor de crecimiento Epidérmico (EGFR). *Anatomía Patológica. *Tratamientos previos efectuados (protocolo de Quimioterapia) y fundamentación del Oncólogo del uso del agente biológico sobre el cual se solicita reintegro con detalle de dosis-tiempo y respuesta, firmado y sellado por dicho profesional y con el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                       | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de hígado | Sorafenib   | CHC      | Anatomía patológica    | Tratamiento de pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) no operable.                                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico. *Estadificación. *Biopsia. *Justificación del especialista en Oncología del uso del agente biológico cuyo reintegro se solicita con detalle del esquema utilizado (dosis/tiempo) y respuesta, firmado y sellado por dicho profesional y por el Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de mama   | Bevacizumab |          | Anatomía patológica    | En combinación con paclitaxel para el tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de mama metastásico.                                                                                                                                                                                                                         | Documentación médica específica: *Historia clínica efectuada por médico especialista en Ginecología con detalle del cuadro clínico y del examen físico. *Biopsia. *Estadificación. *Marcadores tumorales. (C15.3) Receptores hormonales. *Tratamientos previos (Quimioterapia: con detalle de droga/dosis/ciclos-cirugía;Protocolo quirúrgico-Radioterapia:Protocolo ). *Justificación médica del empleo del agente biológico sobre el cual se solicita reintegro. *Esquema utilizado (dosis/tiempo - asociación a otros antineoplásicos y respuesta firmado y sellado por Oncólogo tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología      | Droga       | Sinónimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|----------------|-------------|----------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de mama | Fulvestran  |          | Anatomía patológica    | Mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico y con receptor estrogénico positivo, cuya enfermedad ha recidivado durante o después del tratamiento adyuvante con antiestrógenos o bien cuya enfermedad ha progresado pese a un tratamiento antiestrogénico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Documentación médica específica: *Historia clínica confeccionada por médico especialista en Ginecología donde conste el examen físico y detalle del cuadro clínico. *Biopsia. *Estadificación. *Marcadores tumorales. *(C15.3) Receptores hormonales. *Tratamientos previos (Quimioterapia: con detalle de droga/dosis/ciclos-cirugía; Protocolo quirúrgico- Radioterapia-Protocolo ). *Justificación médica del empleo del agente biológico sobre el cual se solicita reintegro. *Esquema utilizado (dosis/tiempo - asociación a otros antineoplásicos y respuesta firmado y sellado por Oncólogo tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                      | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de mama | Lapatinib   |          | Anatomía patológica    | 1) En combinación con Capecitabina para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama avanzado o en estado metastásico cuyos tumores sobreexpresan ErbB2 y quienes hayan recibido terapia previa incluyendo una antraciclina, un taxano y trastuzumab. 2) En combinación con Letrozol para el tratamiento de mujeres post-menopáusicas con cáncer de mama metastásico receptor hormonal positivo que sobreexpresa el receptor ErbB2 para las cuales el tratamiento hormonal está indicado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor y localización confeccionada por especialista en Ginecología. *Estadificación. *Anatomía Patológica. *Expresión del receptor ERBB2 y receptores estrogénicos. *Tratamientos previos efectuados con detalle de droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación del Oncólogo tratante del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con dosis-tiempo-combinación con otros agente antineoplásicos y respuesta, que deberá estar firmada y sellada por dicho profesional y por el Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                     | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de mama | Trastuzumab |          | Anatomía patológica    | <u>Cáncer de mama precoz</u> ; En pacientes con HER2 positivo: 1)Después de cirugía, quimioterapia (adyuvante o neoadyuvante) y radioterapia (si corresponde) . 2)Después de quimioterapia adyuvante con doxorubicina y ciclofosfámid, en combinación con paclitaxel o docetaxel. 3) En combinación con quimioterapia adyuvante consistente en docetaxel y carboplatino. <u>Cáncer de Mama Metastásico (CMM-1)</u> : Como monoterapia para el tratamiento de aquellos pacientes que hayan recibido por lo menos dos regímenes quimioterápicos para su enfermedad metastásica. La quimioterapia previa debe haber incluido por lo menos una antraciclina y un taxano, excepto que estos tratamientos no estén indicados en los pacientes. 2)-En combinación con paclitaxel para el tratamiento de aquellos pacientes que no hayan recibido quimioterapia para su enfermedad metastásica y en los cuales no esté indicado un tratamiento con antraciclina. 3)-En combinación con docetaxel para el tratamiento de aquellos pacientes que no hayan recibido quimioterapia para su enfermedad | Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor y localización confeccionada por médico especialista en Ginecología. *Estadificación. *Anatomía Patológica. *Expresión del receptor Her2 y receptores estrogénicos. *Tratamientos previos de Quimioterapia efectuados con detalle de droga/dosis/tiempo y respuesta. *Protocolo quirúrgico si se efectuó cirugía y Protocolo de RT si fue efectuada. *Fundamentación del Oncólogo del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con dosis-tiempo-combinación con otros agente antineoplásicos y respuesta, avalada por la firma y sello de dicho profesional y del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                                                           | Droga       | Sinónimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                      | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|----------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de ovario epitelial, Trompa de Falopio o Peritoneal Primario | Bevacizumab |          | Anatomía patológica    | En combinación con carboplatino y paclitaxel para el tratamiento de primera línea del cáncer avanzado (estadios FIGO IIIB, metastásico y IV) de ovario epitelial, trompa de Falopio, o peritoneal primario. | Documentación médica específica: *Historia clínica donde conste el examen ginecológico, el cuadro clínico de presentación del tumor y la localización, confeccionada por especialista en Ginecología. *Secuencia de exámenes complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Tratamiento previo (cirugía: protocolo quirúrgico - radioterapia: protocolo). *Fundamentación médica del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con dosis-tiempo-combinación con otros agente antineoplásicos y respuesta, confeccionada por el Oncólogo, con su firma y sello y avalada por la firma del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de páncreas                                                  | Erlotinib   |          | Anatomía patológica    | En combinación con gemcitabina, está indicado para el tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado, no resecable o metastásico                                      | Documentación médica específica: *Historia clínica. *Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Si se efectuaron tratamientos previos detallarlos. *Justificación médica del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada y tiempo, firmada por el médico Oncólogo tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de páncreas                                                  | Sunitinib   |          | Anatomía patológica    | Tumores neuroendocrinos pancreáticos bien diferenciados, no resecables, localmente avanzados o metastásicos, con progresión de la enfermedad.                                                               | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar los exámenes complementarios que avalan el Diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia. *Tratamientos previos efectuados. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por Médico Oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                  | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología        | Droga       | Sinonimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|------------------|-------------|----------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de pulmón | Bevacizumab |          | Anatomía patológica    | Asociado a quimioterapia basada en platino, para el tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado no resecable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Documentación médica específica: *Historia clínica. *Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Si se efectuaron tratamientos previos detallarlos (incorporar Protocolos de Quimioterapia/Radioterapia/cirugía o fundamentar irsecabilidad). *Justificación médica del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada y tiempo, firmada y sellada por el médico especialista en Oncología y por el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de pulmón | Erlotinib   |          | Anatomía patológica    | Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) Tratamiento de de primera línea de pacientes con mutaciones activadoras del EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico). 2)Monoterapia para el tratamiento de mantenimiento de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas localmente avanzado o metastásico, cuya enfermedad no progresó luego de cuatro ciclos de quimioterapia de primera línea a base de platino. 3)Monoterapia para tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) localmente avanzado o metastásico, luego del fracaso | Documentación médica específica: *Historia clínica. *Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Si se efectuaron tratamientos previos detallarlos (incorporar Protocolos de Quimioterapia/Radioterapia/cirugía o fundamentar irsecabilidad). *Justificación médica del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada y tiempo, firmada y sellada por el médico especialista en Oncología y por el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de pulmón | Gefitinib   |          | Anatomía patológica    | Tratamiento de primera línea del cáncer de pulmón a células no pequeñas (NSCLC): 1) Localmente avanzado, metastásico, en pacientes con mutaciones activadoras de la proteína quinasa del receptor del factor de crecimiento epidérmico (TK-EGFR). 2) Localmente avanzado o metastásico, en pacientes que han recibido previamente quimioterapia.                                                                                                                                                                                                                                          | Documentación médica específica: *Historia clínica. *Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Si se efectuaron tratamientos previos detallarlos (incorporar Protocolos de Quimioterapia/Radioterapia/cirugía o fundamentar irsecabilidad). *Justificación médica del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada y tiempo, firmada y sellada por el médico especialista en Oncología y por el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología       | Droga       | Sinonimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                          | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|-----------------|-------------|----------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de Riñón | Bevacizumab |          | Anatomía patológica    | En combinación con interferón alfa-2a para el tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de células renales avanzado y/o metastásico. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.<br>*Detalle de los exámenes complementarios que avalen el diagnóstico de certeza.<br>*Estadificación y biopsia. *Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total. *Informar criterios de irresecabilidad o inoperabilidad.<br>*Tratamiento sistémico previo: droga/dosis/tiempo y respuesta.<br>*Fundamentación médica del uso del agente biológico cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de Riñón | Sorafenib   | CCR      | Anatomía patológica    | Tratamiento de pacientes con carcinoma celular renal (CCR) avanzado.                                                                            | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.<br>*Detalle de los exámenes complementarios que avalen el diagnóstico de certeza.<br>*Estadificación y biopsia. *Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total. *Informar criterios de irresecabilidad o inoperabilidad.<br>*Tratamiento sistémico previo: droga/dosis/tiempo y respuesta.<br>*Fundamentación médica del uso del agente biológico cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer de Riñón | Sunitinib   |          | Anatomía patológica    | Tratamiento del carcinoma de células renales avanzado y/o metastásico.                                                                          | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.<br>*Detalle de los exámenes complementarios que avalen el diagnóstico de certeza.<br>*Estadificación y biopsia. *Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total. *Informar criterios de irresecabilidad o inoperabilidad.<br>*Tratamiento sistémico previo: droga/dosis/tiempo y respuesta.<br>*Fundamentación médica del uso del agente biológico cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                           | Droga       | Sinonimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------|----------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer en region de cabeza y cuello | Cetuximab   |          | Anatomía patológica    | Tratamiento de de pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello en combinación con radioterapia para la enfermedad localmente avanzada, en combinación con quimioterapia basada en platino para la enfermedad recurrente y/o metastásica, o como agente único después del fracaso de la quimioterapia para la enfermedad. | Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción del examen físico, las características clínicas de presentación del tumor y localización confeccionada por médico especialista en Cabeza y Cuello.<br>*Estadificación-Anatomía Patológica.<br>*Tratamientos previos efectuados: (cirugía:protocolo quirúrgico- radioterapia:protocolo-Quimioterapia: droga/dosis/ciclos) (protocolos de Quimioterapia.) *Fundamentación médica del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis- tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmado y sellado especialista en Oncología y avalado además por la firma y el sello del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer gastrointestinal             | Imatinib    |          | Anatomía patológica    | Pacientes adultos con tumores del estroma gastrointestinal (GIST) malignos no resecables y/o metastásicos Kit (CD 117) positivos.                                                                                                                                                                                                        | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.<br>*Detallar los exámenes complementarios que avalan el Diagnóstico de certeza.<br>*Estadificación y Biopsia - marcador CD117. *Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total:parte quirúrgico- Informar criterios de irsecabilidad o inoperabilidad.<br>*Tratamiento sistémico previo:droga/dosis/tiempo y respuesta.<br>*Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizaday tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                              | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer gastrointestinal             | Trastuzumab |          | Anatomía patológica    | En combinación con capecitabina o 5-fluorouracilo y cisplatino, está indicado para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma gástrico o unión gastroesofágica metastásico, HER2 positivo, que no hayan recibido un tratamiento previo para las metastasis.                                                                          | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.<br>*Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza.<br>*Estadificación y Biopsia- Marcadores Her2.<br>*Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total:parte quirúrgico- informar criterios de irsecabilidad o inoperabilidad. *Tratamiento sistémico previo:droga/dosis/tiempo y respuesta.<br>*Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico Oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                             | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                                     | Droga      | Sinónimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                   | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|------------|----------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer gastrointestinal                       | Sunitinib  |          | Anatomía patológica    | Después de la progresión de la enfermedad durante el tratamiento con mesilato de imatinib o de la intolerancia al mismo. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia. *Tratamientos previos efectuados: tratamiento sistémico previo con Imatinib: droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                                                                     | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Cáncer hipofisario productor de somatostatina | Octreotide |          | Anatomía patológica    | Para el control de síntomas leves a moderados.                                                                           | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia. *Niveles de somatostatina. *Tratamientos previos efectuados. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                                                                                                                     | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Dermatofibrosarcoma Protuberans               | Imatinib   |          | Anatomía patológica    | Irresecable, recidivante y/o metastásico                                                                                 | Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción del examen físico, las características clínicas de presentación del tumor y localización confeccionada por médico especialista dermatología u oncología. *Biopsia. *Estadificación. *Protocolo quirúrgico de la resección efectuada (tratamiento de elección) *Protocolo de radioterapia (si se utilizo luego de resecciones parciales) *Fundamentación médica del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis-tiempo, respuesta, firmado y sellado especialista en oncología y/o dermatología, avalado con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología    | Droga        | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico | Fundamento Terapéutico                                                                                                                               | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|--------------|--------------|----------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Glioblastoma | Bevacizumab  |          | Anatomía patológica    | Monoterapia en el tratamiento de pacientes con recidiva de glioblastoma (Grado IV según la OMS) después de un tratamiento anterior con temozolomida. | Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción del examen físico, las características clínicas de presentación del tumor y el estado evolutivo- *Biopsia. En su defecto ya que hay localizaciones (e) tronco cerebral) donde la biopsia no se puede realizar, aquellos estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza- Estadificación- Protocolo quirúrgico ( si la cirugía es posible), protocolo de radioterapia y Protocolo de Quimioterapia(droga/dosis/ciclos) *Estadificación- *Fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis-tiempo, respuesta, firmado y sellado especialista en oncología, avalado con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Glioblastoma | Temozolamida |          | Anatomía patológica    | Glioblastoma multiforme recientemente diagnosticado en forma concomitante con radioterapia y luego como tratamiento de mantenimiento                 | Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción del examen físico, las características clínicas de presentación del tumor y el estado evolutivo- *Biopsia. En su defecto ya que hay localizaciones (e) tronco cerebral) donde la biopsia no se puede realizar, aquellos estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza- Estadificación- Protocolo quirúrgico (si la cirugía es posible), protocolo de radioterapia y Protocolo de Quimioterapia (drogadosis/ciclos) *Estadificación- *Fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis-tiempo, respuesta, firmado y sellado especialista en oncología, avalado con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.  | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                    | Droga      | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                      | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|------------|----------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia de Células Vellosas | Cladribine |          | Anatomía patológica    | Pacientes con Leucemia de células vellosas como primera línea de tratamiento                                                                                                                                | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. "Debe presentar Certificación del Diagnóstico hecha por médico especialista hematólogo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. "Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. "En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. "Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Linfática Crónica   | Rituximab  | LLC      | Anatomía patológica    | En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con leucemia linfática crónica (LLC) que no hayan sido tratados previamente o que estén en recidiva o refractarios a un tratamiento previo. | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. "Debe presentar Certificación del Diagnóstico hecha por médico especialista hematólogo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. "Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. "En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. "Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                    | Droga      | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                      | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|------------|----------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Linfática Crónica   | Cladribine | LLC      | Anatomía patológica    | En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con leucemia linfática crónica (LLC) que no hayan sido tratados previamente o que estén en recidiva o refractarios a un tratamiento previo. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnóstico hecha por médico especialista hematólogo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado: drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Linfoblástica Aguda | Dazatinib  | LLA      | Anatomía patológica    | LLA con cromosoma Filadelfia positivo con resistencia o intolerancia al tratamiento previo.                                                                                                                 | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnóstico hecha por médico especialista hematólogo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado: drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                    | Droga            | Sinonimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------|----------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Linfoblástica Aguda | Imatinib         | LLA      | Anatomía patológica    | LLA con mutación del cromosoma de filadelfia, en fase de recaída o refractaria                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Linfoblástica Aguda | Pegasparraginasa | LLA      | Anatomía patológica    | 1) Primera línea en pacientes pediátricos y adultos, con leucemia linfoblástica aguda (LLA) como componente de un régimen quimioterápico multi-agente. 2) En combinación con otros agentes quimioterápicos, para el tratamiento de pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA), pediátricos y adultos, con hipersensibilidad conocida a la L-asparaginasa | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y/o demostración de sensibilidad a la L-asparaginasa. * En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc)               | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                      | Droga      | Sinonimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                 | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------|----------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Linfoblástica Crónica | Ciadribine |          | Anatomía patológica    | Pacientes con Leucemia de Células Vellosas                                                                                                                                                                                                             | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Mieloide Crónica      | Dazatinib  | LMC      | Anatomía patológica    | 1) LMC cromosoma Filadelfia positiva en fase crónica acelerada o mieloblástica o linfoblástica con resistencia o intolerancia al tratamiento previo, incluido imatinib. 2) LMC con cromosoma Filadelfia positiva en fase crónica recién diagnosticada. | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                | Droga     | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------|----------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Mielode Crónica | Imatinib  | LMC      | Anatomía patológica    | 1) LMC con mutación del cromosoma filadelfia, en fase crónica hasta 5 años, 2) LMC en fase crónica, acelerada o crisis blástica, con fallo de terapia con interferón alfa. 3) LMC en pacientes pediátricos en fase de reciente diagnóstico o luego de trasplante de médula ósea.                          | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnóstico hecha por médico especialista hematólogo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado: drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Mielode Crónica | Nilotinib | LMC      | Anatomía patológica    | 1) Tratamiento de pacientes adultos con LMC cromosoma Filadelfia positivo de reciente diagnóstico en fase crónica (FC), 2) Tratamiento de la LMC en FC o en fase acelerada en pacientes adultos con resistencia o intolerancia a por lo menos 1 tratamiento previo, incluido el tratamiento con imatinib. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnóstico hecha por médico especialista hematólogo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado: drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                | Droga                | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|----------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Leucemia Pro Mielocítica | Trióxido de Arsenico |          | Anatomía patológica    | Inducción de la remisión y consolidación de pacientes adultos con leucemia promielocítica aguda refractaria/recidivante, caracterizada por la presencia de translocación (15, 17) y/o la presencia del gen alfa (PML / RAR -alpha) Leucemia-Pro Mielocítica /Receptor de Ácido Retinoico. El tratamiento anterior debe haber incluido un retinoide y quimioterapia. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnóstico hecha por médico especialista hematólogo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Linfoma cutáneo          | Bexatreno            |          | Anatomía patológica    | Manifestaciones cutáneas del linfoma de células T (LCCT) en pacientes que han sido refractarios a por lo menos una terapia sistémica previa                                                                                                                                                                                                                         | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnóstico hecha por médico especialista hematólogo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                    | Droga      | Sinonimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|------------|----------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Linfoma de Células del Manto | Bortezomib |          | Anatomía patológica    | Pacientes que han recibido al menos una terapia previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Documentación Médica Específica:<br>*Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por Médico Especialista Hematólogo y/u Oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (Drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc). | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Linfoma No Hodgkin Folicular | Rituximab  |          | Anatomía patológica    | En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con linfoma no-Hodgkin folicular estadios III-N que no hayan sido tratados previamente.<br>Tratamiento de mantenimiento de pacientes con linfoma folicular que hayan respondido al tratamiento de inducción.<br>Tratamiento de pacientes con linfoma no-Hodgkin folicular estadios III-N que son quimioresistentes o están en su segunda o posterior recidiva tras la quimioterapia. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematólogo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc).    | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                       | Droga      | Sinónimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                          | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------|----------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Mastocitosis Sistémica Agresiva | Imatinib   |          | Anatomía patológica    | Sin mutación del D816B c-kit, o estado mutacional del c-kit desconocido         | Documentación médica específica: *Historia clínica con manifestaciones características de acuerdo al órgano afectado y con detalle de los exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de la enfermedad, su forma clínica y los principales órganos afectados. *Anatomía Patológica. *Tratamiento inicial instituido con detalle de droga/dosis/tiempo/respuesta. *Debe presentarse la certificación del Diagnóstico y su forma clínica con firma y sello del médico especialista tratante. *La solicitud del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro deberá estar confeccionada por el especialista con detalle de la dosis utilizada /tiempo/respuesta firmada y sellada y deberá además estar firmada y sellada por del Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                            | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Mieloma múltiple                | Bortezomib |          | Anatomía patológica    | Pacientes con mieloma múltiple. En asociación con dexametasona o ciclofosfamida | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle de las manifestaciones y del tipo de mieloma. *Hallazgos de laboratorio que avalen el Diagnóstico de Certeza proteinograma por inmunoelectroforesis para investigar paraproteína- dosaje de Inmunoglobulinas- Proteinuria de Bence-Jones- hipercalemia- insuficiencia renal- Medulograma con biopsia y PAMO con estudio citogenético para evaluar carga tumoral y pronóstico). *Tratamiento inicial instituido con detalle de droga/dosis/tiempo/respuesta. *Debe presentarse la certificación del Diagnóstico y su forma clínica con firma y sello del médico especialista en Hematología. *La solicitud del medicamento sobre el cual se solicita reintegro debe contener el detalle de la dosis utilizada/tiempo/respuesta firmada y sellada y el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                                      | Droga            | Sinónimo | Fundamento Diagnostico | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                     | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|------------------|----------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Mieloma múltiple                               | Lenalidomida     |          | Anatomía patológica    | En combinación con dexametasona está indicado para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido por lo menos una terapia anterior y no han respondido al tratamiento. | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle de las manifestaciones y del tipo de mieloma. "Hallazgos de laboratorio que avalen el Diagnóstico de Certeza proteinograma por inmunoelectroforesis para investigar paraproteína- dosaje de Inmunoglobulinas- Proteinuria de Bence-Jones- hipercalcemia- Insuficiencia renal- Medulograma con biopsia y PAMO con estudio citogenético para evaluar carga tumoral y pronóstico). "Tratamiento inicial instituido con detalle de droga/dosis/tiempo/respuesta. "Debe presentarse la certificación del Diagnóstico y su forma clínica con firma y sello del médico especialista en Hematología. "La solicitud del medicamento sobre el cual se solicita reintegro debe contener el detalle de la dosis utilizada/tiempo/respuesta firmada y sellada y el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Prevención de recidiva del carcinoma de vejiga | Immunoniciantina |          | Anatomía patológica    | Prevención de recidiva de carcinoma de vejiga tras resección transuretral y para el caso en que otros tratamientos hayan fracasado.                                                        | Documentación médica específica: "Historia clínica donde el cuadro clínico de presentación del tumor, los estudios complementarios que se efectuaron para arribar al diagnóstico de certeza. "Estadificación. " Biopsia y protocolo quirúrgico de la resección transuretral del tumor de vejiga. "Solicitud del medicamento sobre el cual se tramita el reintegro con dosis utilizada/tiempo firmada y sellada por el médico especialista en oncología y por el Auditor Médico del Agente de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Síndrome carcinoide                            | Octreotide       |          | Anatomía patológica    | Para el control de síntomas leves a moderados en pacientes con síndrome carcinoide.                                                                                                        | Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. "Detallar de los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza. "Estadificación y Biopsia. "Tratamientos previos instituidos (cirugía de resección en casos localizados/ caso contrario fundamente la irresecabilidad). "Fundamentación médica del especialista en oncología cargo del paciente firmada y sellada por dicho profesional, donde detalle la medicación sobre la cual se solicita el reintegro con dosis utilizada/ tiempo/respuesta y con el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                                                                                                                                       | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                  | Droga       | Sinónimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|-------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Síndrome hipereosinofílico | Imatinib    |          | Anatomía patológica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Pacientes con sobreexpresión de kinasa de fusión FIP1L1-PDFGR, negativa o desconocida                                                                                                                                                                                                                                                                               | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y detalle de los exámenes complementarios que certifican el diagnóstico de certeza (hemograma- mielograma-Radiografía de torax-Dosaje de IgE y otros con los que se descartaron otras causas de eosinofilia como parasitosis. *Estado evolutivo del cuadro y tratamientos previos instituidos. *Fundamentación médica del especialista en hematología a cargo del paciente con firmada y sellada por dicho profesional, donde detalle la medicación sobre la cual se solicita el reintegro con dosis utilizada/ tiempo/respuesta y con el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.                                                                                                                            | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Síndrome mielodisplásico   | Azacitidina |          | Citopenia estable: unilineal mayor a 6 meses y multilineal o con alteraciones citogenéticas mayor 2 meses. Exclusión de otras causas secundarias de displasia.Y, al menos, 1 de los 3 criterios siguientes:a)Displasia medular $\geq 10\%$ en al menos 1 línea celular b) Blastos medulares 5-19%. C) Cariotipo específico asociado a SMD: del(5q), del(20q), +8, -7/del(7q) | Todos los siguientes subtipos de síndrome mielodisplásico: 1) Anemia Refractaria o Anemia Refractaria con Sideroblastos en anillos (si está acompañada de neutropenia o trombocitopenia o requiere transfusiones), 2)Anemia Refractaria con exceso de blastos, 3) Anemia Refractaria con exceso de Blastos en Transformación y 4) Leucemia Mielomonocítica Crónica. | Documentación médica específica: *Historia clínico-hematológica con diagnóstico del tipo de mielodisplasia hecho por especialista en Hematología- Certificación del diagnóstico firmada y sellada por el especialista donde conste además la fundamentación médica del uso del medicamento cuyo reintegro se solicita. *Los exámenes complementarios básicos para el estudio de una mielodisplasia son: frotis de sangre periférica-aspirado, biopsia y valoración del hierro en médula.*Dosaje de Eritropoyetina, ácido fólico y vit B12- *Metabolismo del hierro:ferritina sérica,TIBC,saturación de transferrina y ferremia- *Estudio de la función renal y hepática-serología para HIV y hepatitis. *En posible candidatos a trasplante de médula ósea o en aquellos con médula ósea hipoplásica se debe hacer estudio HLA. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud  | Patología                | Droga        | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fundamento Terapéutico                                                                                             | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Síndrome mielodisplásico | Imatinib     | SMD      | Citopenia estable: unilineal mayor a 6 meses y multilineal o con alteraciones citogenéticas mayor 2 meses. Exclusión de otras causas secundarias de displasia. Y, al menos, 1 de los 3 criterios siguientes: a) Displasia medular $\geq 10\%$ en al menos 1 línea celular b) Blastos medulares 5-19%. C) Cariotipo específico asociado a SMD: del(5q), del(20q), +8, -7/del(7q) | Tratamiento en aquellos pacientes con asociación de la mutación del receptor de factor de crecimiento de plaquetas | Documentación médica específica: *Historia clínico-hematológica con diagnóstico del tipo de mielodisplasia hecho por especialista en Hematología- Certificación del diagnóstico firmada y sellada por el especialista donde conste además la fundamentación médica del uso del medicamento cuyo reintegro se solicita- *Los exámenes complementarios básicos para el estudio de una mielodisplasia son: frotis de sangre periférica-aspirado, biopsia y valoración del hierro en médula- *Dosaje de Eritropoyetina, ácido fólico y vit B12- *Metabolismo del hierro: ferritina sérica, TIBC, saturación de transferrina y ferremia- *Estudio de la función renal y hepática-serología para HIV y hepatitis. *En posible candidatos a trasplante de médula ósea o en aquellos con médula ósea hipoplásica se debe hacer estudio HLA. *Estudio de mutación de receptor de factor de crecimiento de plaquetas | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica | Síndrome mielodisplásico | Lenalidomida |          | Citopenia estable: unilineal mayor a 6 meses y multilineal o con alteraciones citogenéticas mayor 2 meses. Exclusión de otras causas secundarias de displasia. Y, al menos, 1 de los 3 criterios siguientes: a) Displasia medular $\geq 10\%$ en al menos 1 línea celular b) Blastos medulares 5-19%. C) Cariotipo específico asociado a SMD: del(5q), del(20q), +8, -7/del(7q) | Anemia asociada a transfusiones frecuentes, y mutación del cromosoma 5q                                            | Documentación médica específica: *Historia clínico-hematológica con diagnóstico del tipo de mielodisplasia hecho por especialista en Hematología- Certificación del diagnóstico firmada y sellada por el especialista donde conste además la fundamentación médica del uso del medicamento cuyo reintegro se solicita- *Los exámenes complementarios básicos para el estudio de una mielodisplasia son: frotis de sangre periférica-aspirado, biopsia y valoración del hierro en médula- *Dosaje de Eritropoyetina, ácido fólico y vit B12- *Metabolismo del hierro: ferritina sérica, TIBC, saturación de transferrina y ferremia- *Estudio de la función renal y hepática-serología para HIV y hepatitis. *En posible candidatos a trasplante de médula ósea o en aquellos con médula ósea hipoplásica se debe hacer estudio HLA. *Estudio de mutación del cromosoma 5q                                  | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                            | Patología                  | Droga         | Sinonimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                                               | Fundamento para Reintegro*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Enfermedad Oncológica                                           | Síndrome mielodisplásico   | Decitabina    | SMD      | Citopenia estable: unilineal mayor a 6 meses y multilineal o con alteraciones citogenéticas mayor 2 meses. Exclusión de otras causas secundarias de displasia. Y, al menos, 1 de los 3 criterios siguientes: a) Displasia medular $\geq 10\%$ en al menos 1 línea celular b) Blastos medulares 5-19% c) Cariotipo específico asociado a SMD: del(5q), del(20q), +8, -7/del(7q) | Pacientes con Síndromes Mielodisplásicos, para cualquiera de los subtipos, para tratamiento inicial o luego de fracaso de otras alternativas                                                                                         | Documentación médica específica: *Historia clínico-hematológica con diagnóstico del tipo de mielodisplasia hecho por especialista en Hematología- Certificación del diagnóstico firmada y sellada por el especialista donde conste además la fundamentación médica del uso del medicamento cuyo reintegro se solicita- *Los exámenes complementarios básicos para el estudio de una mielodisplasia son: frotis de sangre periférica-aspirado, biopsia y valoración del hierro en médula- *Dosaje de Eritropoyetina, ácido fólico y vit B12- *Metabolismo del hierro:ferritina sérica,TIBC,saturación de transferrina y ferremia- *Estudio de la función renal y hepática-serología para HIV y hepatitis. *En posible candidatos a trasplante de médula ósea o en aquellos con médula ósea hipoplásica se debe hacer estudio HLA. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Rechazo de órgano o tejido | Azetatioprina |          | Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia                                                                                                                                                                                                                                     | Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente                                                                               | Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Rechazo de órgano o tejido | Ciclosporina  |          | Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia                                                                                                                                                                                                                                     | Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente. Para cualquier órgano o tejido, y como agente único o asociado a corticoide. | Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Rechazo de órgano o tejido | Micofenolato  |          | Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia                                                                                                                                                                                                                                     | Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente                                                                               | Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                            | Patología                  | Droga                               | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                     | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                      | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Rechazo de órgano o tejido | Serolimus                           |          | Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia | Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente                                      | Documentación médica específica:<br>*Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera. | Ver Anexo V        |
|                            | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Rechazo de órgano o tejido | Tacrolimus                          |          | Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia | Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente. Para trasplante de hígado.          | Documentación médica específica:<br>*Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Rechazo de órgano o tejido | Tacrolimus                          |          | Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia | Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente. Para trasplante de riñón o corazón. | Documentación médica específica:<br>*Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Rechazo de órgano o tejido | Inmunoglobulina humana inespecífica |          | Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia | Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente. Para rechazo agudo vascular.        | Documentación médica específica:<br>*Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Rechazo de órgano o tejido | Timoglobulina                       |          | Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia | Tratamiento de la enfermedad injerto contra huésped aguda corticorresistente, en casos de rechazo renal. Para trasplante renal.                                                             | Documentación médica específica:<br>*Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalla del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera. | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud                                            | Patología                  | Droga          | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                  | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                    | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Valor a reintegrar |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos | Rechazo de órgano o tejido | Valganciclovir |          | Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia                                                                                                              | Prevención de la enfermedad por citomegalovirus (CMV) en pacientes receptores de trasplantes de órganos sólidos que se encuentran en condiciones de riesgo de contraer dicha enfermedad.                                                                                  | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico actual, donde conste fecha del trasplante, tipo de trasplante, *Esquema terapéutico utilizado, sus ajustes y modificaciones y el esquema actual con dosis/tiempo/respuesta.<br>*Constancia del Registro de Pacientes Trasplantados del INCUCAI.<br>*Fundamentación médica de la medicación que se solicita, detallando las dosis utilizadas/tiempo /respuesta /asociaciones a otras drogas firmada y sellada por el médico especialista Trasplantólogo y el Auditor Médico. *Serologías para CMV del donante y del receptor.                          | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Trastorno del Crecimiento                                       | Acromegalia                | Pegvisomant    |          | 1) niveles de factor de crecimiento tipo insulina-I (IGF-I) ó somatomedina C 2)<br>Curva de tolerancia a la glucosa con falta de supresibilidad de los niveles de hormona de crecimiento a <1 ng/ml, o la presencia de una elevación paradójica de esta | Tratamiento de pacientes con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación y que el tratamiento con octreotida no haya normalizado los valores del factor de crecimiento I tipo insulina (IGFI), o no pueda ser tolerado. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico.<br>*Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (Niveles de somatomedina c o factor de crecimiento tipo insulina, niveles de hormona de crecimiento, TAC, RNM).<br>*Esquema terapéutico previo instituido en detalle, incluyendo parte quirúrgico, plan de radioterapia. *Justificación médica de la utilización del agente sobre el cual se solicita el reintegro informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Trastorno del Crecimiento                                       | Acromegalia                | Octreotida     |          | 1) niveles de factor de crecimiento tipo insulina-I (IGF-I) ó somatomedina C 2)<br>Curva de tolerancia a la glucosa con falta de supresibilidad de los niveles de hormona de crecimiento a <1 ng/ml, o la presencia de una elevación paradójica de esta | Pacientes en que la cirugía o radioterapia son inadecuados o ineficaces, así como el periodo interino hasta que la radioterapia sea eficaz                                                                                                                                | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico.<br>*Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (Niveles de somatomedina c o factor de crecimiento tipo insulina, niveles de hormona de crecimiento, TAC, RNM).<br>*Esquema terapéutico previo instituido en detalle, incluyendo parte quirúrgico, plan de radioterapia. *Justificación médica de la utilización del agente sobre el cual se solicita el reintegro informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud      | Patología                                  | Droga                  | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fundamento para Reintegró                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Valor a reintegrar |
|----------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Trastorno del Crecimiento | Insuficiencia renal Crónica en la infancia | Hormona de crecimiento |          | Filtrado glomerular menor a 90 ml/min                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No se reconocerá la cobertura del apoyo financiero solicitado en los siguientes casos: 1) Niños con baja estatura idiopática. 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presentan: a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones. b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento. c) cierre de los cartílagos de crecimiento. | Documentación médica específica:<br>*Resumen de historia clínica firmado por médico tratante y Auditor Médico del Agente de salud. *Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo) *Estudio Genético (si correspondiere; en caso de síndromes genéticos asociados con la Insuficiencia renal con déficit o disminución del dosaje sérico de HC). *Tabla de crecimiento ponderoestatural. *Edad ósea. *Consentimiento Informado firmado por padres o tutor. | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Trastorno del Crecimiento | Retardo del Crecimiento Intrauterino       | Hormona de crecimiento |          | Niño con peso o talla al nacer que se encuentre por debajo de los 2 desvíos estándares (debajo del percentilo 3) de la media                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Niños nacidos pequeños para edad gestacional (entre 1,60 y 1,19 desvíos estándar) con el subsecuente déficit de crecimiento a los 2 años o más que no hayan realizado un crecimiento compensatorio. La dosis recomendada es de 0.48 mg/kg por semana durante por lo menos 2 años, debiéndose proseguir con el tratamiento hasta que se logre la estatura final.                                                     | Documentación médica específica:<br>*Resumen de historia clínica firmado por médico tratante y Auditor Médico del Agente de Salud. *Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo) *Estudio Genético (si correspondiere). * Percentilo al nacimiento. *Tabla de crecimiento ponderoestatural. *Edad ósea. *Consentimiento Informado firmado por padres o tutor.                                                                                            | Ver Anexo V        |
| Multisistémico             | Trastorno del Crecimiento | Síndrome de Prader Willi                   | Hormona de crecimiento |          | a) hipotonía central neonatal e infantil con pobre succión; mejora gradualmente con la edad b) Problemas de alimentación en la infancia, con necesidad de técnicas especiales de alimentación y una pobre o nula ganancia de peso c) Ganancia de peso excesiva o rápida entre los 12 meses y los 6 años de edad; obesidad central en ausencia de intervención d) Fenotipo facial característico con dolicocefalia en la infancia, diámetro bifrontal disminuido, ojos en forma de almendra, boca pequeña con labio inferior muy fino, comisuras labiales curvadas hacia abajo (se requieren 3 o más de estos síntomas) e) Hipogonadismo, con alguna de las siguientes características en función de la edad: 1) Hipoplasia genital (hombres: hipoplasia del escroto, criptorquidia, pene y/o testículos pequeños para la edad [< percentil 5]; mujeres: ausencia o severa hipoplasia del labio menor y/o del clitoris) 2) Retraso o maduración sexual incompleta con retraso | No se reconocerá la cobertura del apoyo financiero solicitado en los siguientes casos: 1) Niños con baja estatura idiopática. 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presentan: a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones. b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento. c) cierre de los cartílagos de crecimiento. | Documentación médica específica:<br>*Resumen de historia clínica firmado por médico tratante y Auditor Médico del Agente de Salud. *Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo) *Estudio Genético. *Tabla de crecimiento ponderoestatural. *Edad ósea. *Consentimiento Informado firmado por padres o tutor.                                                                                                                                            | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud       | Patología                   | Droga                  | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                               | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fundamento para Reintegro *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Valor a reintegrar |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Multisistémico             | Trastorno del Crecimiento  | Síndrome de Turner          | Hormona de crecimiento |          | Niñas con baja talla, linfedema de manos y pies, cuello alado, línea de implantación del cabello baja en el cuello y cúbito valgo. Se confirma mediante un cariotipo (el genotipo más común es 45 X) | No se reconocerá la cobertura del apoyo financiero solicitado en los siguientes casos: 1) Niños con baja estatura idiopática. 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten: a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones. b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento. c) cierre de los cartilagos de crecimiento. | Documentación médica específica:<br>*Resumen de historia clínica firmado por médico tratante y Auditor Médico del Agente de Salud. *Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo) *Estudio Genético. *Tabla de crecimiento ponderoestatural. *Edad ósea. *Consentimiento informado firmado por padres o tutor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ver Anexo V        |
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis Idiopática Juvenil | Abatacept              |          | Criterios Generales: a) Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones. De inicio antes de los 16 años. b) Exclusión de otras causas de artritis             | Pacientes pediátricos de 6 años de edad o mayores con artritis idiopática juvenil poliartricular activa de grado moderado a grave.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea (ver abatacept), se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud       | Patología                   | Droga      | Sinónimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                   | Fundamento Terapéutico                                                                                                                       | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Válor a reintegrar |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis Idiopática Juvenil | Adalimumab |          | Criterios Generales: a) Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones. De inicio antes de los 16 años. b) Exclusión de otras causas de artritis | Pacientes mayores de los 4 años de edad con artritis idiopática juvenil sólo o en combinación con Metotrexato                                | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea (ver abatacept), se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis Idiopática Juvenil | Etanercept |          | Criterios Generales: a) Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones. De inicio antes de los 16 años. b) Exclusión de otras causas de artritis | Pacientes con artritis reumatoidea juvenil poliarticular activa, moderada a severa, que no han respondido a una o más drogas antirreumáticas | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea (ver abatacept), se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud       | Patología                   | Droga       | Sinonimo | Fundamento Diagnostico                                                                                                                                                                          | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                                                      | Fundamento para Reintegración                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Valor a reintegrar |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis Idiopática Juvenil | Tocilizumab |          | <p>Criterios Generales: a) Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones. De inicio antes de los 16 años. b) Exclusión de otras causas de artritis</p> | Pacientes pediátricos a partir de los 2 años de edad para Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (AIJS) activa que no han respondido adecuadamente a terapias anteriores con AINEs y corticoides sistémicos. | <p>Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. "Laboratorio inmunológico. "Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. "Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea (ver abatacept), se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. "Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.</p>                                                                                        | Ver Anexo V        |
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis psoriásica         | Adalimumab  |          | <p>Presencia de artritis inflamatoria, más la presencia de psoriasis, en ausencia de factor reumatoide positivo</p>                                                                             | En monoterapia, o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva en pacientes adultos cuando la respuesta a la terapia previa con FAMES no ha sido adecuada.                             | <p>Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. "Laboratorio inmunológico. "Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. "Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel, sino justificar el motivo por el que no se ha realizado. "Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. "Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.</p> | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud       | Patología           | Droga      | Sinonimo | Fundamento Diagnostico                                                                                       | Fundamento Terapeutico                                                                                                                                                          | Fundamento para Reintegración                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Valor a reintegrar |
|----------------------------|----------------------------|---------------------|------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis psoriásica | Etanercept |          | Presencia de artritis inflamatoria, más la presencia de psoriasis, en ausencia de factor reumatoide positivo | En monoterapia, o asociado a metotrexate en artritis psoriásica activa y progresiva en pacientes adultos cuando la respuesta a la terapia previa con FAMES no ha sido adecuada. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel, sino justificar el motivo por el que no se ha realizado. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud | Ver Anexo V        |
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis psoriásica | Infliximab |          | Presencia de artritis inflamatoria, más la presencia de psoriasis, en ausencia de factor reumatoide positivo | En monoterapia, o asociado a metotrexate en artritis psoriásica activa y progresiva en pacientes adultos cuando la respuesta a la terapia previa con FAMES no ha sido adecuada. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel, sino justificar el motivo por el que no se ha realizado. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud | Ver Anexo V        |

| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud       | Patología            | Droga      | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Valor a reintegrar |
|----------------------------|----------------------------|----------------------|------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis reumatoidea | Abatacept  |          | La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por un médico. f) Presencia de factor reumatoideo (FR) en suero detectado por un | Pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa grave en pacientes que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis reumatoidea | Adalimumab |          | La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por un médico. f) Presencia de factor reumatoideo (FR) en suero detectado por un | En combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.                                                                                                 | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |



| Sistema orgánico funcional | Afección de la salud       | Patología            | Droga      | Sinónimo | Fundamento Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fundamento Terapéutico                                                                                                                                                                                             | Fundamento para Reintegro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Valor a reintegrar |
|----------------------------|----------------------------|----------------------|------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis reumatoidea | Etanercept |          | La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por un médico. f) Presencia de factor reumatoideo (FR) en suero detectado por un | En combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |
| Músculo esquelético        | Enfermedad osteo articular | Artritis reumatoidea | Infliximab |          | La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por                                                                              | En combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada. | Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud. | Ver Anexo V        |

**ANEXO V: VALORES MAXIMOS A REINTEGRAR DE MEDICAMENTOS**

| ATC     | NOMBRE GENÉRICO                        | NOMBRE COMERCIAL | LABORATORIO                        | DOSIS                                 | PRESENTACIÓN  | VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD |
|---------|----------------------------------------|------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| A09AA02 | pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa) | CREON 10000      | Raffo                              | 10000UEur/<br>8000 UEur/<br>600UEur   | caps.x 100    | \$ 156,55                            |
| A09AA02 | pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa) | CREON 10000      | Raffo                              | 10000UEur/<br>8000 UEur/<br>600UEur   | caps.x 50     | \$ 86,56                             |
| A09AA02 | pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa) | CREON FORTE      | Raffo                              | 25500UEur/<br>18000 UEur/<br>1000UEur | caps.x 100    | \$ 376,97                            |
| A09AA02 | pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa) | CREON FORTE      | Raffo                              | 25500UEur/<br>18000 UEur/<br>1000UEur | caps.x 20     | \$ 72,95                             |
| A09AA02 | pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa) | PANCRECURA 25000 | HLB Pharma                         | 25000UEur/<br>22500UEur/<br>1250UEur  | caps.x 20     | \$ 52,31                             |
| A09AA02 | pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa) | ULTRASE          | Axcan Difa                         | 4500UUSP/<br>20000UUSP/<br>25000UUSP  | caps.x 100    | \$ 233,00                            |
| A09AA02 | pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa) | ULTRASE MT12     | Axcan Difa                         | 12000UUSP/<br>39000UUSP/<br>39000UUSP | caps.x 100    | \$ 384,50                            |
| A09AA02 | pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa) | ULTRASE MT18     | Axcan Difa                         | 18000UUSP/<br>58500UUSP/<br>58500UUSP | caps.x 100    | \$ 487,50                            |
| A09AA02 | pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa) | ULTRASE MT20     | Axcan Difa                         | 20000UUSP/<br>65000UUSP/<br>65000UUSP | caps.x 100    | \$ 581,00                            |
| A16AB02 | imiglucerasa                           | CEREZYME         | Genzyme                            | 200 UI                                | f.a x 5 ml    | \$ 1.623,00                          |
| A16AB02 | imiglucerasa                           | CEREZYME         | Genzyme                            | 400 UI                                | f.a x10 ml    | \$ 4.500,00                          |
| A16AB03 | agalsidasa alfa                        | REPLAGAL         | Shire Human Genetic Therapies S.A. | 3,5 mg                                | f.a. X 3,5 ml | \$ 4.936,50                          |
| A16AB04 | agalsidasa beta                        | FABRAZYME        | Genzyme                            | 5 mg / ml                             | fco a x 7 ml  | \$ 18.000,00                         |
| A16AB04 | agalsidasa beta                        | FABRAZYME        | Genzyme                            | 5 mg / ml                             | fco a x 1 ml  | \$ 3.000,00                          |
| A16AB05 | laronidasa                             | ALDURAZYME       | Genzyme                            | 2,9 mg / 5 ml                         | x f.a         | \$ 4.800,00                          |



| ATC     | NOMBRE GENÉRICO     | NOMBRE COMERCIAL               | LABORATORIO                        | DOSIS     | PRESENTACIÓN           | VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD |
|---------|---------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------|------------------------|--------------------------------------|
| A16AB07 | alglucosidasa alfa  | MYOZIME                        | Genzyme                            | 50 mg     | 1 fco liof.            | \$ 2.702,50                          |
| A16AB08 | galsulfasa          | NAGLAZYME                      | Genzyme                            | 1 mg / ml | 1 vial x 5 ml          | \$ 4500,00                           |
| A16AB09 | idursulfase         | ELAPRASE                       | Shire Human Genetic Therapies S.A. | 2 mg / ml | 1 vial 3 ml            | \$ 5.644,92                          |
| B01AC21 | treprostinil        | REMODULIN                      | Bagó                               | 1 mg/ml   | f.a x 20ml             | \$ 20.570,00                         |
| B01AC21 | treprostinil        | REMODULIN                      | Bagó                               | 2,5 mg/ml | f.a x 20ml             | \$ 57.475,00                         |
| B01AC21 | treprostinil        | REMODULIN                      | Bagó                               | 5 mg/ml   | f.a x 20ml             | \$ 114.950,00                        |
| B01AC21 | treprostinil        | REMODULIN                      | Bagó                               | 10 mg/ml  | f.a x 20ml             | \$ 229.000,00                        |
| B02AB02 | alfa 1 antitripsina | ARALAST NP                     | Baxter                             | 1 g       | f.a.liof.+disol.x50 ml | \$ 4.372,14                          |
| B02AB02 | alfa 1 antitripsina | PROLASTIN                      | Tuteur                             | 1 g       | f.a.liof.+disol.x40 ml | \$ 4.048,30                          |
| B02AB02 | alfa 1 antitripsina | TRYPSAN                        | Grifols                            | 1 g       | fco 50 ml              | \$ 3.880,12                          |
| B02AB02 | alfa 1 antitripsina | TRYPSAN                        | Grifols                            | 0.5 g     | fco 25 ml              | \$ 4.268,13                          |
| B02BD02 | factor VIII         | 8Y                             | GP Pharm                           | 250 UI    | f.a.x 1                | \$ 1.131,26                          |
| B02BD02 | factor VIII         | 8Y                             | GP Pharm                           | 500 UI    | f.a.x 1                | \$ 2.262,53                          |
| B02BD02 | factor VIII         | BERIATE P                      | CSL Behring                        | 1000 UI   | f.a.x1+eq.transf       | \$ 3.918,71                          |
| B02BD02 | factor VIII         | BERIATE P                      | CSL Behring                        | 500 UI    | f.a.x1+eq.transf       | \$ 1.960,67                          |
| B02BD02 | factor VIII         | EMOCLOT D.I.                   | Kedrion-Scott Cassará              | 1000 UI   | f.a.x 1                | \$ 2.814,65                          |
| B02BD02 | factor VIII         | EMOCLOT D.I.                   | Kedrion-Scott Cassará              | 500 UI    | f.a.x 1                | \$ 1.407,50                          |
| B02BD02 | factor VIII         | FACTOR VIII ANTIHEMOFILICO UNC | Hemoderivados                      | 250 UI    | f.a.x 1+disolv.        | \$ 971,62                            |
| B02BD02 | factor VIII         | FACTOR VIII ANTIHEMOFILICO UNC | Hemoderivados                      | 500 UI    | f.a.x 1+disolv.        | \$ 1.943,23                          |

| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO | NOMBRE<br>COMERCIAL   | LABORATORIO      | DOSIS   | PRESENTACIÓN        | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|--------------------|-----------------------|------------------|---------|---------------------|-----------------------------------------------|
| B02BD02 | factor VIII        | FANHDI                | Grifols          | 1000 UI | f.a.x 1+disolv.     | \$ 4.594,59                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | FANHDI                | Grifols          | 1500 UI | f.a.x 1+disolv.     | \$ 6.891,89                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | FANHDI                | Grifols          | 250 UI  | f.a.x 1+disolv.     | \$ 1.148,65                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | FANHDI                | Grifols          | 500 UI  | f.a.x 1+disolv.     | \$ 1.148,65                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | HEMOFIL M             | Baxter Argentina | 1000 UI | env.x 1             | \$ 4.169,83                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | HEMOFIL M             | Baxter Argentina | 250 UI  | env.x 1             | \$ 1.042,46                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | HEMOFIL M             | Baxter Argentina | 500 UI  | env.x 1             | \$ 2.084,92                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | IMMUNATE              | Baxter Argentina | 1000 UI | f.a.x 1             | \$ 4.245,65                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | IMMUNATE              | Baxter Argentina | 250 UI  | f.a.x 1             | \$ 1.061,42                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | IMMUNATE              | Baxter Argentina | 500 UI  | f.a.x 1             | \$ 2.122,83                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | KOATE DVI             | Tuteur           | 1000 UI | f.a. + diluy. + kit | \$ 4.770,11                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | KOATE DVI             | Tuteur           | 250 UI  | f.a. + diluy. + kit | \$ 1.192,53                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | KOATE DVI             | Tuteur           | 500 UI  | f.a. + diluy. + kit | \$ 2.385,05                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | KOGENATE FS           | Bayer (BSP)      | 1000 UI | iny.x 1             | \$ 8.518,13                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | KOGENATE FS           | Bayer (BSP)      | 250 UI  | iny.x 1             | \$ 2.129,51                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | KOGENATE FS           | Bayer (BSP)      | 500 UI  | iny.x 1             | \$ 4.151,84                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | OCTANATE 1000<br>UI   | Varifarma        | 1000 UI | f.a.x 1             | \$ 4.598,79                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | OCTANATE 500          | Varifarma        | 500 UI  | f.a.x 1             | \$ 2.278,35                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | OPTIVATE              | GP Pharm         | 1000 UI | f.a.x 1             | \$ 4.923,13                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | OPTIVATE              | GP Pharm         | 250 UI  | f.a.x 1             | \$ 1.230,63                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | OPTIVATE              | GP Pharm         | 500 UI  | f.a.x 1             | \$ 2.461,56                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | RECOMBINATE<br>500 UI | Baxter Argentina | 500 UI  | liof.f.a.x 1        | \$ 3.709,03                                   |
| B02BD02 | factor VIII        | RECOMBINATE<br>250 UI | Baxter Argentina | 250 UI  | liof.f.a.x 1        | \$ 1.854,52                                   |



| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO                       | NOMBRE<br>COMERCIAL    | LABORATORIO      | DOSIS   | PRESENTACIÓN     | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|------------------------------------------|------------------------|------------------|---------|------------------|-----------------------------------------------|
| B02BD02 | factor VIII                              | RECOMBINATE<br>1000 UI | Baxter Argentina | 1000 UI | liof.f.a.x 1     | \$ 7.418,07                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | BENEFIX                | Wyeth            | 1000 UI | f.a.x 1          | \$ 5.396,28                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | BENEFIX                | Wyeth            | 500 UI  | f.a.x 1          | \$ 2.698,24                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | BERININ P              | CSL Behring      | 1200 UI | f.a.x1+eq.transf | \$ 3.193,01                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | BERININ P              | CSL Behring      | 600 UI  | f.a.x1+eq.transf | \$ 1.596,51                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | FACTOR IX<br>GRIFOLS   | Grifols          | 1000 UI | f.a.liof.+disol. | \$ 4.199,81                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | FACTOR IX<br>GRIFOLS   | Grifols          | 1500 UI | f.a.liof.+disol. | \$ 6.299,72                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | FACTOR IX<br>GRIFOLS   | Grifols          | 500 UI  | f.a.liof.+disol. | \$ 2.099,91                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | FACTOR IX<br>GRIFOLS   | Grifols          | 250 UI  | f.a.liof.+disol. | \$ 1.148,65                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | IMMUNINE 1200<br>UI    | Baxter Argentina | 1200 UI | f.a.x 1          | \$ 3.924,82                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | IMMUNINE 600 UI        | Baxter Argentina | 600 UI  | f.a.x 1          | \$ 1.962,41                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | OCTANYNE               | Varifarma        | 1000 UI | liof.f.a.x 1     | \$ 4.674,00                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | REPLENINE VF           | GP Pharm         | 1000 UI | f.a.x 1          | \$ 4.255,24                                   |
| B02BD04 | factor IX                                | REPLENINE VF           | GP Pharm         | 500 UI  | f.a.x 1          | \$ 2.127,62                                   |
| B02BD05 | factor VIIA<br>recombinante<br>(RHFVIIA) | NOVOSEVEN RT           | Novonordisk      | 1 mg    | f.a. 1 ml        | \$ 3.466,26                                   |
| B02BD05 | factor VIIA<br>recombinante<br>(RHFVIIA) | NOVOSEVEN RT           | Novonordisk      | 5 mg    | f.a. 1 ml        | \$ 17.331,35                                  |
| B02BD06 | factor VIII y<br>von Willebrand          | HAEMATE P              | CSL Behring      | 1000 UI | f.a.x 1+set adm  | \$ 3.693,86                                   |

| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO              | NOMBRE<br>COMERCIAL | LABORATORIO | DOSIS    | PRESENTACIÓN     | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|---------------------------------|---------------------|-------------|----------|------------------|-----------------------------------------------|
| B02BD06 | factor VIII y<br>von Willebrand | HAEMATE P           | CSL Behring | 500 UI   | f.a.x 1+set adm  | \$ 1.846,96                                   |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | EPOGEN              | Cassará     | 2000 UI  | f.a.x 1 x 1 ml   | \$ 21,55                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | EPOGEN              | Cassará     | 4000 UI  | f.a.x 1 x 1 ml   | \$ 43,11                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | EPOGEN              | Cassará     | 10000 UI | f.a.x 1 x 1 ml   | \$ 172,78                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | EPOGEN              | Cassará     | 40000 UI | f.a.x 1 x 1 ml   | \$ 616,00                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | ERITROGEN           | Bioprofarma | 10000 UI | sol.f.a.x 1 ml   | \$ 273,21                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | ERITROGEN           | Bioprofarma | 2000 UI  | sol.f.a.x 1 ml   | \$ 63,37                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | ERITROGEN           | Bioprofarma | 4000 UI  | sol.f.a.x 1 ml   | \$ 117,45                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | ERITROGEN L         | Bioprofarma | 1000 UI  | jga.prell.       | \$ 37,60                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | ERITROGEN L         | Bioprofarma | 10000 UI | jga.prell.       | \$ 330,86                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | ERITROGEN L         | Bioprofarma | 2000 UI  | jga.prell.       | \$ 75,20                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | ERITROGEN L         | Bioprofarma | 4000 UI  | jga.prell.       | \$ 132,34                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | HEMAX               | Sidus       | 10000 UI | liof.f.a+j.prell | \$ 177,15                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | HEMAX               | Sidus       | 1000 UI  | liof.f.a+j.prell | \$ 24,35                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | HEMAX               | Sidus       | 20000 UI | liof.f.a+j.prell | \$ 319,20                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | HEMAX               | Sidus       | 2000 UI  | liof.f.a+j.prell | \$ 39,45                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum.  | HEMAX               | Sidus       | 2000 UI  | liof.f.a.x 25    | \$ 988,80                                     |



| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO             | NOMBRE<br>COMERCIAL | LABORATORIO     | DOSIS        | PRESENTACIÓN                 | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|--------------------------------|---------------------|-----------------|--------------|------------------------------|-----------------------------------------------|
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum. | HEMAX               | Sidus           | 3000 UI      | liof.f.a.x 25                | \$ 1.459,90                                   |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum. | HEMAX               | Sidus           | 3000 UI      | liof.f.a+j.prell             | \$ 58,35                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum. | HEMAX               | Sidus           | 40000 UI     | liof.f.a+j.prell             | \$ 567,05                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum. | HEMAX               | Sidus           | 4000 UI      | liof.f.a+j.prell             | \$ 73,45                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum. | HYPERCRIT 10M<br>UI | Delta Farma     | 10000 UI     | f.a.liof.x1+a.disol.<br>x1ml | \$ 150,18                                     |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum. | HYPERCRIT 2M UI     | Delta Farma     | 2000 UI      | f.a.liof.x1+a.disol.<br>x2ml | \$ 36,07                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum. | HYPERCRIT 4M UI     | Delta Farma     | 4000 UI      | f.a.liof.x1+a.disol.<br>x2ml | \$ 66,58                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum. | PRONIVEL 2M UI      | Elea            | 2000 UI      | sol.iny.a.x 1 x 1<br>ml      | \$ 66,57                                      |
| B03XA01 | eritropoyetina<br>recomb. hum. | PRONIVEL 4M UI      | Elea            | 4000 UI      | sol.iny.a.x 1 x 1<br>ml      | \$ 124,02                                     |
| C02KX01 | bosentán                       | TRACLEER            | Biotoscana      | 125 mg       | comp.x 56                    | \$ 12.975,00                                  |
| C02KX01 | bosentán                       | TRACLEER            | Biotoscana      | 62.5 mg      | comp.x 56                    | \$ 12.975,00                                  |
| C02KX01 | bosentán                       | USENTA 125          | Raffo           | 125 mg       | comp x 60                    | \$ 13.924,11                                  |
| C02KX02 | ambrisentan                    | VOLIBRIS            | GlaxoSmithKline | 5 mg         | comp x 30                    | \$ 14.310,55                                  |
| C02KX02 | ambrisentan                    | VOLIBRIS            | GlaxoSmithKline | 10 mg        | comp x 30                    | \$ 18603,00                                   |
| H01AC01 | somatotrofina                  | BIOTROPIN           | Ivax Arg.       | 12 UI        | liof.a.x1+solv.a.x<br>1      | \$ 996,74                                     |
| H01AC01 | somatotrofina                  | GENOTROPIN          | Pfizer          | 16 UI/5.3 mg | cart.x 1                     | \$ 1.665,94                                   |
| H01AC01 | somatotrofina                  | GENOTROPIN          | Pfizer          | 36 UI/12 mg  | cart.x 1                     | \$ 3.748,39                                   |
| H01AC01 | somatotrofina                  | HHT                 | Sidus           | 16 UI        | vial x1+jga.prell.           | \$ 711,95                                     |
| H01AC01 | somatotrofina                  | HHT                 | Sidus           | 4 UI         | vial x1+jga.prell.           | \$ 177,95                                     |
| H01AC01 | somatotrofina                  | HUTROPE             | Eli Lilly       | 18 UI (6 mg) | cart.a.                      | \$ 1.818,70                                   |

| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO | NOMBRE<br>COMERCIAL       | LABORATORIO  | DOSIS               | PRESENTACIÓN        | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|--------------------|---------------------------|--------------|---------------------|---------------------|-----------------------------------------------|
| H01AC01 | somatotrofina      | HUTROPE                   | Eli Lilly    | 36 UI ( 12<br>mg)   | cart.a.             | \$ 3.637,24                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | NORDITROPIN<br>NORDIFLEX  | Novo Nordisk | 10 mg 30 UI         | lapiceras x 1       | \$ 2.660,09                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | NORDITROPIN<br>NORDIFLEX  | Novo Nordisk | 45UI (15 mg)        | lapiceras x 1       | \$ 3.990,12                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | NORDITROPIN<br>NORDIFLEX  | Novo Nordisk | 15 UI (5 mg)        | lapiceras x 1       | \$ 1.330,04                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | NORDITROPIN<br>SIMPLEXX   | Novo Nordisk | 30 UI (10<br>mg)    | cart.x 1            | \$ 2.660,09                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | NORDITROPIN<br>SIMPLEXX   | Novo Nordisk | 45UI (15 mg)        | cart.x 1            | \$ 3.990,12                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | NORDITROPIN<br>SIMPLEXX   | Novo Nordisk | 15 UI (5 mg)        | cart.x 1            | \$ 1.330,04                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | OMNITROPE                 | Sandoz       | 10 mg<br>(6.7mg/ml) | cart.x 1            | \$ 2.505,10                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | OMNITROPE                 | Sandoz       | 5 mg<br>(3.3mg/ml)  | cart.x 1            | \$ 1.252,56                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | SAIZEN                    | Merck Serono | 4 UI                | liof.a.+solv.a.x 1  | \$ 431,42                                     |
| H01AC01 | somatotrofina      | SAIZEN 8 MG<br>CLICK EASY | Merck Serono | 24UI                | liof.+cart.solv+kit | \$ 2.764,80                                   |
| H01AC01 | somatotrofina      | ZOMACTON                  | Ferring      | 4 mg                | vial x 1            | \$ 1.244,02                                   |
| H01AX01 | pegvisomant        | SOMAVERT                  | Pfizer       | 10 mg               | iny.liof.f.a.x 30   | \$ 19.339,91                                  |
| H01AX01 | pegvisomant        | SOMAVERT                  | Pfizer       | 15 mg               | iny.liof.f.a.x 30   | \$ 29.009,81                                  |
| H01CB02 | octreotida         | OCTREOTIDA GP<br>PHARM    | GP Pharm     | 100 mcg/ml          | a.x 5 x 1 ml        | \$ 238,53                                     |
| H01CB02 | octreotida         | OCTREOTIDA GP<br>PHARM    | GP Pharm     | 200 mcg/ml          | vial m.x 5 ml       | \$ 446,00                                     |
| H01CB02 | octreotida         | SANDOSTATIN               | Novartis     | 100 mcg/ml          | a.x 5 x 1 ml        | \$ 253,43                                     |
| H01CB02 | octreotida         | SANDOSTATIN               | Novartis     | 200 mcg/ml          | fco.x 5 ml          | \$ 473,86                                     |
| H01CB02 | octreotida         | SANDOSTATIN<br>LAR        | Novartis     | 20 mg               | jga.prell.x 1       | \$ 5.177,87                                   |



| ATC     | NOMBRE GENÉRICO | NOMBRE COMERCIAL    | LABORATORIO         | DOSIS      | PRESENTACIÓN              | VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD |
|---------|-----------------|---------------------|---------------------|------------|---------------------------|--------------------------------------|
| H01CB02 | octreotida      | SANDOSTATIN LAR     | Novartis            | 30 mg      | jga.prell.x 1             | \$ 7.766,81                          |
| J01GB01 | tobramicina     | ALVEOTEROL          | Tetrafarm           | 300 mg/5ml | amp.p/neb.x 28            | \$ 12.356,20                         |
| J01GB01 | tobramicina     | ALVEOTEROL          | Tetrafarm           | 300 mg/5ml | amp.p/neb.x 56            | \$ 24.822,38                         |
| J01GB01 | tobramicina     | BELBARMICINA INL    | Química Luar        | 300 mg/5ml | pvo.liof.p/inhal.f.a .x28 | \$ 9.950,00                          |
| J01GB01 | tobramicina     | BELBARMICINA INL    | Química Luar        | 300 mg/5ml | pvo.liof.p/inhal.f.a .x56 | \$ 19.800,00                         |
| J01GB01 | tobramicina     | BRAMITOB            | Nycomed             | 300 mg/5ml | amp.x 56                  | \$ 22.500,00                         |
| J01GB01 | tobramicina     | BRIDUL              | Tuteur              | 300 mg/5ml | amp.x 56                  | \$ 24.203,50                         |
| J01GB01 | tobramicina     | PULBRONKAL          | Permatec            | 300 mg/5ml | sol.p/inh.a.monod .x 56   | \$ 12.049,00                         |
| J01GB01 | tobramicina     | TOBI                | Tuteur              | 300 mg/5ml | amp.x 56                  | \$ 25.007,00                         |
| J01GB01 | tobramicina     | TOBI PODHALER       | Novartis            | 300 mg/5ml | cáps.duras x 224+inh.x 5  | \$ 30.721,70                         |
| J01GB01 | tobramicina     | TOBRADOSA           | Dosa                | 300 mg/5ml | amp.x 28                  | \$ 13.490,00                         |
| J01GB01 | tobramicina     | TOBRADOSA           | Dosa                | 300 mg/5ml | amp.x 56                  | \$ 25.504,25                         |
| J01GB01 | tobramicina     | TOBRAMICINA CASSARA | Cassará             | 300 mg/5ml | sol.p/inh.fco.amp. x 56   | \$ 14.700,00                         |
| J01GB01 | tobramicina     | TOBRAMICINA O.F.    | Oriental            | 300 mg/5ml | fco.amp.x 56              | \$ 20.250,60                         |
| J01GB01 | tobramicina     | TOFIB               | Techsphere          | 300 mg/5ml | amp.x 56                  | \$ 22.025,00                         |
| J01GB01 | tobramicina     | TUBERBUT            | LKM Onco/Especiales | 300 mg/5ml | amp.x 56                  | \$ 28.347,65                         |
| J05AB04 | ribavirina      | COPEGUS             | Roche               | 200 mg     | comp.rec.x 42             | \$ 258,91                            |
| J05AB04 | ribavirina      | RIBAVIRINA PAYLOS   | Paylos              | 200 mg     | caps.x 50                 | \$ 285,82                            |
| J05AB04 | ribavirina      | VIBUZOL             | Sandoz              | 200 mg     | caps.x 50                 | \$ 243,94                            |
| J05AB04 | ribavirina      | XILOPAR             | Filaxis             | 200 mg     | caps.x 50                 | \$ 333,70                            |

| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO       | NOMBRE<br>COMERCIAL | LABORATORIO            | DOSIS                  | PRESENTACIÓN      | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|--------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|
| J05AB14 | valganciclovir           | VALIXA              | Roche                  | 450 mg                 | comp.rec.x 60     | \$ 6.081,49                                   |
| J05AE01 | saquinavir               | PROTEOVIR           | Richmond               | 200 mg                 | caps.x 300        | \$ 1.349,91                                   |
| J05AE01 | saquinavir               | PROTEOVIR           | Richmond               | 500 mg                 | comp.rec.x 120    | \$ 2.040,80                                   |
| J05AE02 | indinavir                | AVURAL              | LKM                    | 400 mg                 | comp.x 180        | \$ 1.463,51                                   |
| J05AE02 | indinavir                | ELVENAVIR           | Ivax Arg.              | 400 mg                 | comp.x 180        | \$ 1.229,78                                   |
| J05AE02 | indinavir                | FORLI               | Filaxis                | 400 mg                 | comp.x 180        | \$ 1.303,23                                   |
| J05AE03 | ritonavir                | BUSVIR              | Conifarma              | 100 mg                 | caps.blandas x 30 | \$ 107,81                                     |
| J05AE03 | ritonavir y<br>lopinavir | KALETRA             | Abbott                 | 25/100 mg              | comp.rec.x 60     | \$ 1.079,81                                   |
| J05AE03 | ritonavir y<br>lopinavir | KALETRA             | Abbott                 | 50/200 mg              | comp.rec.x 120    | \$ 2.239,21                                   |
| J05AE03 | ritonavir y<br>lopinavir | KALETRA             | Abbott                 | 100 -400 mg<br>c/ 5 ml | jbe.x 160 ml      | \$ 1.098,10                                   |
| J05AE03 | ritonavir                | RITONAVIR<br>ABBOTT | Abbott                 | 100 mg                 | comp x 30         | \$ 159,63                                     |
| J05AE03 | ritonavir                | RITONAVIR<br>ABBOTT | Abbott                 | 100 mg                 | caps.x 168        | \$ 941,00                                     |
| J05AE04 | nelfinavir               | NEMACINA            | LKM<br>Onco/Especiales | 250 mg                 | comp.x 270        | \$ 1.593,56                                   |
| J05AE07 | fosamprenavir            | TELZIR              | GlaxoSmithKline        | 700 mg                 | comp.x 60         | \$ 1.213,86                                   |
| J05AE07 | fosamprenavir            | TELZIR<br>SOLUCION  | GlaxoSmithKline        | 50 mg/ml               | sol.x 225 ml      | \$ 430,26                                     |
| J05AE08 | atazanavir               | REYATAZ             | Bristol Myers<br>Squib | 150 mg                 | caps.x 60         | \$ 1.023,02                                   |
| J05AE08 | atazanavir               | REYATAZ             | Bristol Myers<br>Squib | 200 mg                 | caps.x 60         | \$ 2.005,22                                   |
| J05AE08 | atazanavir               | REYATAZ             | Bristol Myers<br>Squib | 300 mg                 | caps.x 30         | \$ 2.005,22                                   |
| J05AF01 | zidovudina               | CRISAZET            | LKM<br>Onco/Especiales | 100 mg                 | caps.x 100        | \$ 340,95                                     |

| ATC     | NOMBRE GENÉRICO | NOMBRE COMERCIAL       | LABORATORIO            | DOSIS    | PRESENTACIÓN      | VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD |
|---------|-----------------|------------------------|------------------------|----------|-------------------|--------------------------------------|
| J05AF01 | zidovudina      | CRISAZET               | LKM<br>Onco/Especiales | 200 mg   | iny.f.a.x 1       | \$ 23,68                             |
| J05AF01 | zidovudina      | CRISAZET               | LKM<br>Onco/Especiales | 10 mg/ml | jbe x 240 ml      | \$ 92,24                             |
| J05AF01 | zidovudina      | ZETROTAX<br>RICHMOND   | Richmond               | 10 mg/ml | jbe x 240 ml      | \$ 92,32                             |
| J05AF01 | zidovudina      | ZETROTAX<br>RICHMOND   | Richmond               | 100 mg   | caps.x 100        | \$ 226,31                            |
| J05AF01 | zidovudina      | ZIDOVUDINA 10<br>DOSA  | Dosa                   | 10 mg/ml | jbe.f.a.x 240ml   | \$ 93,00                             |
| J05AF01 | zidovudina      | ZIDOVUDINA 200<br>DOSA | Dosa                   | 200 mg   | 20 ml iny.f.a.x 1 | \$ 59,50                             |
| J05AF01 | zidovudina      | ZIDOVUDINA<br>FILAXIS  | Filaxis                | 10 mg/ml | jbe.x 240 ml      | \$ 101,43                            |
| J05AF01 | zidovudina      | ZIDOVUDINA<br>FILAXIS  | Filaxis                | 100 mg   | caps.x 100        | \$ 382,99                            |
| J05AF01 | zidovudina      | ZIDOVUDINA<br>FILAXIS  | Filaxis                | 200 mg   | 20 ml f.a.x 1     | \$ 63,60                             |
| J05AF01 | zidovudina      | ZIDOVUDINA<br>FILAXIS  | Filaxis                | 250 mg   | caps.x 60         | \$ 493,95                            |
| J05AF01 | zidovudina      | ZIDOVUDINA<br>TUTEUR   | Tuteur                 | 200 mg   | iny.f.a.x 1       | \$ 33,35                             |
| J05AF02 | didanosina      | DIDANOSINA<br>RICHMOND | Richmond               | 100 mg   | comp.x 60         | \$ 195,65                            |
| J05AF02 | didanosina      | DIDANOSINA<br>RICHMOND | Richmond               | 200 mg   | comp.x 60         | \$ 358,45                            |
| J05AF02 | didanosina      | DINOSIN                | Richmond               | 250 mg   | caps.gastr.x 30   | \$ 398,10                            |
| J05AF02 | didanosina      | DINOSIN                | Richmond               | 400 mg   | caps.gastr.x 30   | \$ 658,80                            |
| J05AF02 | didanosina      | VIDEX EC               | Bristol                | 125 mg   | caps.x 30         | \$ 90,33                             |
| J05AF02 | didanosina      | VIDEX EC               | Bristol                | 200 mg   | caps.x 30         | \$ 270,44                            |
| J05AF02 | didanosina      | VIDEX EC               | Bristol                | 250 mg   | caps.x 30         | \$ 343,06                            |
| J05AF02 | didanosina      | VIDEX EC               | Bristol                | 400 mg   | caps.x 30         | \$ 552,11                            |



| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO | NOMBRE<br>COMERCIAL       | LABORATORIO           | DOSIS   | PRESENTACIÓN      | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|--------------------|---------------------------|-----------------------|---------|-------------------|-----------------------------------------------|
| J05AF04 | stavudina          | ESTAVUDINA<br>DELTA FARMA | Delta Farma           | 30 mg   | caps.x 60         | \$ 329,63                                     |
| J05AF04 | stavudina          | ESTAVUDINA<br>DELTA FARMA | Delta Farma           | 40 mg   | caps.x 60         | \$ 359,83                                     |
| J05AF04 | stavudina          | LION                      | Filaxis               | 30 mg   | caps.x 60         | \$ 6.443,54                                   |
| J05AF04 | stavudina          | LION                      | Filaxis               | 40 mg   | caps.x 60         | \$ 691,29                                     |
| J05AF04 | stavudina          | S.T.V. ELVETIUM           | Ivax                  | 30 mg   | caps.x 60         | \$ 468,93                                     |
| J05AF04 | stavudina          | S.T.V. ELVETIUM           | Ivax                  | 40 mg   | caps.x 60         | \$ 495,09                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAMAR                    | LKM<br>Onco/Especiale | 20 mg   | caps.x 60         | \$ 309,64                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAMAR                    | LKM<br>Onco/Especiale | 30 mg   | caps.x 60         | \$ 725,58                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAMAR                    | LKM<br>Onco/Especiale | 40 mg   | caps.x 60         | \$ 757,94                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAVUBERGEN               | GP Pharm              | 30 mg   | caps.x 60         | \$ 540,00                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAVUBERGEN               | GP Pharm              | 40 mg   | caps.x 60         | \$ 565,00                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAVUDINA<br>1MG/ML DOSA  | Dosa                  | 1 mg/ml | pvo.f.a.x1 x200ml | \$ 670,46                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAVUDINA 30<br>DOSA      | Dosa                  | 30 mg   | caps.x 60         | \$ 735,08                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAVUDINA 40<br>DOSA      | Dosa                  | 40 mg   | caps.x 60         | \$ 764,95                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAVUDINA<br>MICROSULES   | Microsules Arg.       | 20 mg   | caps.x 60         | \$ 328,38                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAVUDINA<br>MICROSULES   | Microsules Arg.       | 30 mg   | caps.x 60         | \$ 591,69                                     |
| J05AF04 | stavudina          | STAVUDINA<br>MICROSULES   | Microsules Arg.       | 40 mg   | caps.x 60         | \$ 619,03                                     |
| J05AF04 | stavudina          | TONAVIR                   | Richmond              | 30 mg   | caps.x 60         | \$ 556,35                                     |
| J05AF04 | stavudina          | TONAVIR                   | Richmond              | 40 mg   | caps.x 60         | \$ 584,39                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | 3 TC                      | GlaxoSmithKline       | 150 mg  | comp.rec.x 60     | \$ 341,84                                     |

| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO | NOMBRE<br>COMERCIAL        | LABORATORIO            | DOSIS     | PRESENTACIÓN      | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|--------------------|----------------------------|------------------------|-----------|-------------------|-----------------------------------------------|
| J05AF05 | lamivudina         | 4 TC                       | GlaxoSmithKline        | 10 mg/ml  | sol.x 240 ml      | \$ 120,55                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | AMILITRAP 150              | Dosa                   | 150 mg    | comp.rec.x 60     | \$ 535,50                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | AMILITRAP 300              | Dosa                   | 300 mg    | comp.rec.x 30     | \$ 463,00                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | AMILITRAP 300              | Dosa                   | 300 mg    | comp.rec.x 60     | \$ 923,50                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | AMILITRAP<br>SOLUCION ORAL | Dosa                   | 10 mg/ ml | sol.oral x200ml   | \$ 147,00                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | GANVIREL                   | Ivax Arg.              | 150 mg    | comp.rec.x 60     | \$ 398,01                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | HEPTODINE                  | GlaxoSmithKline        | 100 mg    | comp.rec.x 28     | \$ 189,71                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | KESS                       | Filaxis                | 150 mg    | comp.x 60         | \$ 503,57                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | LAMIBERGEN                 | GP Pharm               | 150 mg    | comp.x 60         | \$ 482,00                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | LAMILEA                    | Elea                   | 200 mg    | comp.x 60         | \$ 555,83                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | LAMILEA<br>SUSPENSION      | Elea                   | 10 mg/ ml | sol.x 240 ml      | \$ 196,04                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | LAMIVUDINA<br>DELTA FARMA  | Delta Farma            | 150 mg    | comp.rec.x 60     | \$ 289,30                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | LAMIVUDINA<br>MICROSULES   | Microsules Arg.        | 150 mg    | comp.rec.x 60     | \$ 462,42                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | LAMIVUDINA<br>MICROSULES   | Microsules Arg.        | 300 mg    | comp.rec.x 30     | \$ 462,42                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | ORALMUV                    | LKM<br>Onco/Especiales | 10 mg/ml  | susp.x 240 ml     | \$ 187,79                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | ORALMUV                    | LKM<br>Onco/Especiales | 150 mg    | comp.x 60         | \$ 559,58                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | ORALMUV                    | LKM<br>Onco/Especiales | 300 mg    | comp.rec.x 30     | \$ 559,61                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | VUCLODIR                   | Richmond               | 150 mg    | comp.x 60         | \$ 461,08                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | VUCLODIR                   | Richmond               | 300 mg    | comp.x 30         | \$ 440,51                                     |
| J05AF05 | lamivudina         | VUCLODIR                   | Richmond               | 10 mg/ ml | sol.oral x 240 ml | \$ 89,50                                      |
| J05AF06 | abacavir           | ABACAVIR ELEA              | Elea                   | 300 mg    | comp.rec.x 60     | \$ 1.329,56                                   |

| ATC     | NOMBRE GENÉRICO    | NOMBRE COMERCIAL | LABORATORIO         | DOSIS      | PRESENTACIÓN      | VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD |
|---------|--------------------|------------------|---------------------|------------|-------------------|--------------------------------------|
| J05AF06 | abacavir           | FILABAC          | Filaxis             | 300 mg     | comp.x 60         | \$ 913,20                            |
| J05AF06 | abacavir           | FINECIL          | LKM                 | 300 mg     | comp.x 60         | \$ 1.298,73                          |
| J05AF06 | abacavir           | PANKA            | Microsules Arg.     | 300 mg     | comp.rec.x 60     | \$ 1.168,91                          |
| J05AF06 | abacavir           | PLUSABCIR        | Dosa                | 300 mg     | comp.rec.x 60     | \$ 1.255,00                          |
| J05AF06 | abacavir           | PLUSABCIR        | Dosa                | 20 mg/ ml  | sol.oral x 240 ml | \$ 321,05                            |
| J05AF06 | abacavir           | ZIAGENAVIR       | GlaxoSmithKline     | 300 mg     | comp.rec.x 60     | \$ 1.004,21                          |
| J05AF06 | abacavir           | ZIAGENAVIR       | GlaxoSmithKline     | 20 mg/ml   | sol.oral x 240 ml | \$ 333,98                            |
| J05AF08 | adefovir dipivoxil | BIOVIR           | Ivax                | 10 mg      | comp.x 30         | \$ 559,89                            |
| J05AF08 | adefovir dipivoxil | HEPSERA          | GlaxoSmiyhKline     | 10 mg      | comp.x 30         | \$ 795,46                            |
| J05AF08 | adefovir dipivoxil | REVERVIR         | Richmond            | 10 mg      | comp.x 30         | \$ 650,56                            |
| J05AF10 | entecavir          | BARACLUDE        | Bristol             | 0.05 mg/ml | sol.oralx210ml    | \$ 928,71                            |
| J05AF10 | entecavir          | BARACLUDE        | Bristol             | 0.50 mg    | comp x 30         | \$ 1.169,39                          |
| J05AF10 | entecavir          | BARACLUDE        | Bristol             | 1 mg       | comp x 30         | \$ 1.677,06                          |
| J05AF10 | entecavir          | TENEIR           | Dosa                | 0.50 mg    | comp.rec.x 15     | \$ 746,58                            |
| J05AF10 | entecavir          | TENEIR           | Dosa                | 0.50 mg    | comp.rec.x 30     | \$ 1.043,59                          |
| J05AF10 | entecavir          | TENEIR           | Dosa                | 0.50 mg    | comp.rec.x 60     | \$ 2.986,81                          |
| J05AG01 | nevirapina         | FILIDE           | Filaxis             | 200 mg     | comp.x 100        | \$ 1.064,55                          |
| J05AG01 | nevirapina         | FILIDE           | Filaxis             | 200 mg     | comp.x 60         | \$ 622,61                            |
| J05AG01 | nevirapina         | NERAPIN 200      | LKM Onco/Especiales | 200 mg     | comp.x 100        | \$ 560,49                            |
| J05AG01 | nevirapina         | NERAPIN 200      | LKM Onco/Especiales | 200 mg     | comp.x 60         | \$ 589,64                            |
| J05AG01 | nevirapina         | NEVIRAPINA ELEA  | Elea                | 200 mg     | comp.x 60         | \$ 729,96                            |
| J05AG01 | nevirapina         | PROTEASE         | Richmond            | 200 mg     | comp.x 60         | \$ 729,96                            |



| ATC     | NOMBRE GENÉRICO         | NOMBRE COMERCIAL      | LABORATORIO          | DOSIS          | PRESENTACIÓN  | VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD |
|---------|-------------------------|-----------------------|----------------------|----------------|---------------|--------------------------------------|
| J05AG01 | nevirapina              | RITVIR                | AstraZeneca          | 200 mg         | comp.x 60     | \$ 514,19                            |
| J05AG01 | nevirapina              | VIRAINHI              | Dosa                 | 200 mg         | comp.x 60     | \$ 1.105,00                          |
| J05AG01 | nevirapina              | VIRAINHI              | Dosa                 | 200 mg         | comp.x 100    | \$ 665,40                            |
| J05AG01 | nevirapina              | VIRAMUNE              | Boehringer Ingelheim | 200 mg         | comp.x 60     | \$ 208,15                            |
| J05AG01 | nevirapina              | VIRAMUNE              | Boehringer Ingelheim | 50 mg/5 ml     | susp.x 240 ml | \$ 113,90                            |
| J05AG03 | efavirenz               | FILGINASE             | Filaxis              | 200 mg         | caps.x 90     | \$ 1.045,19                          |
| J05AG03 | efavirenz               | FILGINASE             | Filaxis              | 600 mg         | comp.rec.x 30 | \$ 1.198,99                          |
| J05AG03 | efavirenz               | STOCRIN               | Merck Sharp & Dohme  | 600 mg         | comp.x 30     | \$ 876,52                            |
| J05AG03 | efavirenz               | SULFINAV              | LKM                  | 600 mg         | comp.x 30     | \$ 1.568,22                          |
| J05AG03 | efavirenz               | SULFINAV              | LKM                  | 200 mg         | caps.x 90     | \$ 1.156,72                          |
| J05AG03 | efavirenz               | VIRORREVER            | Richmond             | 200 mg         | caps.x 90     | \$ 1.099,71                          |
| J05AG03 | efavirenz               | VIRORREVER            | Richmond             | 600 mg         | comp.x 30     | \$ 1.204,82                          |
| J05AG03 | efavirenz               | ZULETEL               | Microsules Arg.      | 600 mg         | comp.rec.x 30 | \$ 1.510,24                          |
| J05AR01 | lamivudina + zidovudina | 3 TC + AZT ELEA       | Elea                 | 150 mg/ 300 mg | comp.x 60     | \$ 1.094,92                          |
| J05AR01 | lamivudina + zidovudina | 3 TC COMPLEX          | GlaxoSmithKline      | 150 mg/ 300 mg | comp.rec.x 60 | \$ 662,03                            |
| J05AR01 | lamivudina + zidovudina | GANVIREL DUO          | Ivax Arg.            | 150 mg/ 300 mg | comp.rec.x 60 | \$ 768,49                            |
| J05AR01 | lamivudina + zidovudina | KESS COMPLEX          | Filaxis              | 150 mg/ 300 mg | comp.rec.x 60 | \$ 1.058,90                          |
| J05AR01 | lamivudina + zidovudina | LAMIVUDINA ZIDOVUDINA | Dosa                 | 150 mg/ 300 mg | comp.rec.x60  | \$ 744,45                            |
| J05AR01 | lamivudina + zidovudina | MUVIDINA              | LKM Onco/Especiales  | 150 mg/ 300 mg | comp.rec.x60  | \$ 768,19                            |
| J05AR01 | lamivudina + zidovudina | ZETAVUDIN             | Richmond             | 150 mg/ 300 mg | comp.rec.x60  | \$ 892,43                            |

| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO         | NOMBRE<br>COMERCIAL | LABORATORIO              | DOSIS    | PRESENTACIÓN             | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|----------------------------|---------------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------------------------------------------|
| J05AX07 | enfuvirtide                | FUZEON              | Roche                    | 90 mg/ml | 1 f.ax 60                | \$ 10.445,79                                  |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | FLEBOGAMMA 5%       | Grifols                  | 10 g     | f.a.x 200 ml             | \$ 6.017,82                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | FLEBOGAMMA 5%       | Grifols                  | 5 g      | f.a.x 100 ml             | \$ 3.008,91                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | FLEBOGAMMA 5%       | Grifols                  | 2.5 g    | f.a.x 1 x 50 m           | \$ 888,07                                     |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | ISIVEN V.I.         | Kedrion-Scott<br>Cassarà | 5 g      | liof.fco.x 100ml         | \$ 1.325,60                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | ISIVEN V.I.         | Kedrion-Scott<br>Cassarà | 2.5 g    | liof.fco.x 100ml         | \$ 663,20                                     |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | KIOVIG              | Baxter                   | 10 g     | f.a.x 1 x 100 ml         | \$ 7.075,84                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | KIOVIG              | Baxter                   | 20 g     | f.a.x 1 x 200 ml         | \$ 14.151,68                                  |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | KIOVIG              | Baxter                   | 5 g      | f.a.x 1 x 50 ml          | \$ 3.537,92                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | KIOVIG              | Baxter                   | 2.5 g    | f.a.x 1 x 25 ml          | \$ 1.768,95                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | OCTAGAM 5 G         | Varifarma                | 5 g      | iny.f.a.x 1 x 100<br>ml  | \$ 2.265,00                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | PRIVIGEN            | CSL Behring              | 10 g     | f.a.x 1 x 100 ml         | \$ 6.350,92                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | PRIVIGEN            | CSL Behring              | 20 g     | f.a.x 1 x 200 ml         | \$ 12.701,85                                  |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | PRIVIGEN            | CSL Behring              | 5 g      | f.a.x 1 x 50 ml          | \$ 3.175,47                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | SANDOGLOBULIN<br>A  | CSL Behring              | 6 g      | liof.+dil.x<br>100ml+set | \$ 3.359,84                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | SANDOGLOBULIN<br>A  | CSL Behring              | 3 g      | liof.+dil.x<br>100ml+set | \$ 1.679,92                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | VIGAM               | GP Pharm                 | 10 g     | f.a.x 200 ml             | \$ 5.999,87                                   |
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | VIGAM               | GP Pharm                 | 5 g      | f.a.x 100 ml             | \$ 2.999,94                                   |

| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO         | NOMBRE<br>COMERCIAL  | LABORATORIO     | DOSIS  | PRESENTACIÓN    | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|----------------------------|----------------------|-----------------|--------|-----------------|-----------------------------------------------|
| J06BA02 | inmunoglobulin<br>a humana | VIGAM                | GP Pharm        | 2.5 g  | f.a.x 50 ml     | \$ 1.499,97                                   |
| J06BB16 | palivizumab                | SYNAGIS              | Abbott          | 100 mg | liof.f.a.x 1    | \$ 7.043,16                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | DRALITEM             | Raffo           | 100 mg | caps.x 21       | \$ 7.758,03                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | DRALITEM             | Raffo           | 100 mg | caps.x 5        | \$ 1.915,56                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | DRALITEM             | Raffo           | 140 mg | caps.x 21       | \$ 10.719,63                                  |
| L01AX03 | temozolomida               | DRALITEM             | Raffo           | 140 mg | caps.x 5        | \$ 2.646,82                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | DRALITEM             | Raffo           | 180 mg | caps.x 5        | \$ 3.383,04                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | DRALITEM             | Raffo           | 20 mg  | caps.x 21       | \$ 1.583,22                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | DRALITEM             | Raffo           | 20 mg  | caps.x 5        | \$ 390,52                                     |
| L01AX03 | temozolomida               | DRALITEM             | Raffo           | 250 mg | caps.x 5        | \$ 4.694,97                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | RUMALAR              | Teva-Tuteur     | 100 mg | caps.x 5        | \$ 2.504,53                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | RUMALAR              | Teva-Tuteur     | 20 mg  | caps.x 5        | \$ 501,24                                     |
| L01AX03 | temozolomida               | RUMALAR              | Teva-Tuteur     | 250 mg | caps.x 5        | \$ 6.254,91                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | TEMODAL              | Schering-Plough | 100 mg | caps.x 5        | \$ 3.049,80                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | TEMODAL              | Schering-Plough | 140 mg | caps.x 5        | \$ 3.685,93                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | TEMODAL              | Schering-Plough | 180 mg | caps.x 5        | \$ 4.652,88                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | TEMODAL              | Schering-Plough | 20 mg  | caps.x 5        | \$ 598,46                                     |
| L01AX03 | temozolomida               | TEMODAL              | Schering-Plough | 250 mg | caps.x 5        | \$ 974,93                                     |
| L01AX03 | temozolomida               | TEMOLA 100           | Dosa            | 100 mg | caps.x 5        | \$ 3.035,19                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | TEMOLA 20            | Dosa            | 20 mg  | caps.duras x 20 | \$ 1.990,80                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | TEMOLA 20            | Dosa            | 20 mg  | caps.x 5        | \$ 619,19                                     |
| L01AX03 | temozolomida               | TEMOLA 250           | Dosa            | 250 mg | caps.x 5        | \$ 7.438,99                                   |
| L01AX03 | temozolomida               | TEZULINA-<br>ONTOPOL | Microsules Arg. | 100 mg | caps.x 5        | \$ 3.401,89                                   |



| ATC     | NOMBRE<br>GENÉRICO | NOMBRE<br>COMERCIAL  | LABORATORIO     | DOSIS  | PRESENTACIÓN | VALOR<br>MAXIMO A<br>REINTEGRAR<br>POR UNIDAD |
|---------|--------------------|----------------------|-----------------|--------|--------------|-----------------------------------------------|
| L01AX03 | temozolomida       | TEZULINA-<br>ONTOPOL | Microsules Arg. | 20 mg  | caps.x 5     | \$ 690,53                                     |
| L01AX03 | temozolomida       | TEZULINA-<br>ONTOPOL | Microsules Arg. | 250 mg | caps.x 5     | \$ 8.341,95                                   |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 100 mg | caps.x 21    | \$ 12.897,17                                  |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 100 mg | caps.x 5     | \$ 3.821,37                                   |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 140 mg | caps.x 21    | \$ 18.056,05                                  |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 140 mg | caps.x 5     | \$ 5.349,92                                   |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 180 mg | caps.x 5     | \$ 6.878,47                                   |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 20 mg  | caps.x 21    | \$ 2.174,71                                   |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 20 mg  | caps.x 5     | \$ 779,87                                     |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 250 mg | caps.x 5     | \$ 9.364,39                                   |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 140 mg | caps.x 5     | \$ 4.776,73                                   |
| L01AX03 | temozolomida       | TOCITRAP             | LKM             | 180 mg | caps.x 5     | \$ 6.141,51                                   |