

Normas de Cobertura para Tratamientos de Fertilización Asistida

A.- Criterios de Inclusión

Los destinatarios de esta cobertura, deberán acreditar las siguientes condiciones:

Parejas convivientes, con incapacidad para tener un hijo vivo, que no toma medidas anticonceptivas, con infertilidad médicamente diagnosticada;

Ambos integrantes de la pareja deben ser afiliados al APROSS, Los dos miembros de la pareja deben estar vivos, dar su consentimiento y ser mayores de edad;

Las indicaciones en mujeres mayores de 37 años y hasta los 41 años, serán evaluadas por un comité de expertos para determinar las posibilidades de éxito y los riesgos. Según los resultados de este análisis, se resolverá la cobertura o no y en que condiciones.

B.- Exclusiones: No tendrán cobertura de APROSS, quienes presenten alguna de las siguientes condiciones:

Enfermedad crónica en la mujer que pueda agravarse con un embarazo;

Enfermedad de transmisión vertical aguda de alguno de los integrantes de la pareja;

Tampoco serán cubiertos por APROSS, los siguientes procedimientos:

Las indicaciones de donación de gametas (óvulos, espermatozoides) y de embriones;

Inseminación con semen heterólogo;

La criopreservación de óvulo, semen y embriones

Utilización de útero de otra persona.

C.- Documentación necesaria

Formulario de inscripción confeccionado por el director del centro que realice el tratamiento; firmado por los dos miembros de la pareja

Indicación médica con el tipo de tratamiento a realizar.

Estudios previos.

Dosajes Hormonales (FSH, Estradiol, Prolactina, Lh, Tsh, T libre, ATPO, serología de enfermedades transmisibles para ambos (HIV, HEPATITIS B y C, VDRL).

Histerosalpingografía.

Ecografía basal (3° día del ciclo).

Dosaje de hormona anti mulleriana en pacientes de 35 años y mayores, y en los casos de baja reserva ovárica.

Espermograma

Papanicolau y colposcopia.

Kit de medicamentos a utilizar.

En caso de haber sido sometidos a algún tipo de conducta quirúrgica relacionada con la infertilidad, se deberá adjuntar foja quirúrgica del procedimiento realizado. Como así también el resultado de la anatomía patológica.

Y todo otro estudio que acredite causas anatómicas o fisiológicas del impedimento.

-Fotocopia de libreta de familia o certificado de convivencia.

D.- Tratamientos cubiertos por APROSS:

Inducción a la Ovulación : (La medicación necesaria)

Inseminación artificial intrauterina con semen del cónyuge (IAC)

Fertilización "In Vitro" (FIV) (Procedimiento y medicación específica)

Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) (Procedimiento y medicación específica).

TODOS LOS NUEVOS INTENTOS SERÁN EVALUADOS POR LA AUDITORÍA MÉDICA PREVIO A SU AUTORIZACIÓN.

alguno, cuando los tratamientos fueren realizados con prestadores fuera de cartilla de APROSS.

G.- Inscripción

Los afiliados que tengan indicación de Fertilización asistida, deberán inscribirse en APROSS, presentando la documentación indicada y la prescripción del profesional con detalle del procedimiento elegido. Completada la evaluación del caso, Auditoría Médica resolverá sobre la autorización correspondiente.

H.- Aranceles y Normas

1.- Módulo de Fecundación in Vitro (FIV) o de Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) Código 11.10.01 \$12.000.-

INCLUYE: Todos los honorarios profesionales del equipo interviniente en todo el procedimiento y los gastos de utilización de equipamiento, laboratorio, ecografías, endoscopías, materiales descartables y medios de cultivo necesarios, para los distintos pasos:

- a.** Estimulación ovárica con seguimiento clínico y ecográfico
- b.** Preparación del semen
- c.** Aspiración folicular ovárica por punción con control ecográfico
- d.** Clasificación y mantenimiento en medio de cultivo de los ovocitos
- e.** Procedimiento de fertilización en laboratorio (FIV o ICSI)
- f.** Control de la fertilización ovocitaria y del crecimiento embrionario
- g.** Transferencia embrionaria a cavidad uterina bajo control ecográfico

EXCLUYE:

- a.** Mantenimiento y Criopreservación de espermatozoides
- b.** Mantenimiento y Criopreservación de Embriones

c. Estudios previos para diagnóstico de las causas de infertilidad

d. Medicamentos necesarios para la estimulación ovárica y para el mantenimiento de la fase lútea en todos los tratamientos.(Los mismos será provistos por APROSS, contra la presentación de la prescripción del Profesional responsable del tratamiento)

1. Módulo de Inseminación Intrauterina de espermatozoides (IIU) **Código 11.10.02 \$1.500.-**

I.- MODALIDAD DE PAGO Y COSEGURO:

Código 11.10.01(FIV o ICSI): APROSS abonará dentro de los 60 días posteriores, el 80% del arancel (\$9.600 para el 1° y 2° intento y \$6.000 para el 3°) al prestador, contra la presentación de la documentación que acredite el cumplimiento del protocolo descrito en cada intento, con la conformidad de los afiliados. Estos abonarán al prestador, el 20% restante (\$2.400 para el 1° y 2° intento y \$6.000 para el 3°) al comienzo del tratamiento.

Código 11.10.02 (IIU): APROSS abonará dentro de los 60 días posteriores, el 80% del arancel (\$1.200 para el 1° y 2° intento y \$750 para el 3°) al prestador, contra la presentación de la documentación que acredite el cumplimiento del protocolo descrito en cada intento, con la conformidad de los afiliados. Estos abonarán al prestador, el 20% restante (\$300 para el 1° y 2° intento y \$750 para el 3°) al comienzo del tratamiento.