

## **NORMAS DE COBERTURA PARA TRATAMIENTOS DE FERTILIZACION 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:

- 1- *Enfermedad crónica en la mujer que pueda agravarse con un embarazo;*
- 2- *Enfermedad de transmisión vertical aguda de alguno de los integrantes de la pareja,*
- 3- *Hijos biológicos de la mujer,*
- 4- *Mujeres mayores de 41 años.*

*Tampoco serán cubiertos por APROSS, los siguientes procedimientos:*

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

*Inseminación con semen heterólogo;*

*La criopreservación de óvulo y semen.*

*Utilización de útero de otra persona.*

**1- Documentación necesaria para iniciar trámite en Mesa de Entradas de Apross.**

**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 (3º día del ciclo)**

**Dosaje de hormona antimulleriana 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.**

**2- Documentación necesaria a presentar en Jefatura Área de Control Asistencial en el segundo piso de Apross (para los tres intentos).**

**PRIMER INTENTO (20% A CARGO DEL AFILIADO)**

**-Módulo estimulación ovárica 1° intento (COD 112001) \$220. Módulo Primero.**

**Trámite aprobado.**

**Kit de medicamentos a utilizar (receta emitida por el médico tratante firmada y sellada).**

**Retirar planilla de dosificación de medicamento que será entregada en el Área de Control Asistencial, segundo piso Apross).**

**-Módulo de aspiración FIV-ICSI 1° intento (COD 113001) \$1.900. Módulo Segundo.**

**Ecografía con foto para valoración de crecimiento folicular**

**Consentimiento informado**

**Planilla de dosificación de medicamentos (Confeccionada por los afiliados)**

**-Módulo transferencia 1° intento (COD 114001) \$400. Módulo Tercero.**

**Informe del médico y/o biólogo tratante de ovocitos obtenidos, embriones confeccionados en total, cuantos a transferir, si se transfieren todos o cuantos se criopreservan, firmada por el médico y ambos integrantes de la pareja.**

**-Módulo descongelación y transferencia (COD 113004) \$640. Módulo Cuarto.**

**Informe del médico y/o biólogo tratante de la cantidad de embriones que se descongelan y transfieren y de cuantos quedan en criopreservación.**

**Se deberá acompañar de la firma de ambos integrantes de la pareja.**

Este módulo es de utilización exclusiva para los casos de embriones criopreservados en intentos anteriores. Este módulo tiene un tope de 2 procedimientos en total, con un intervalo no inferior a los 4 meses entre ellos.

#### **SEGUNDO INTENTO (20% A CARGO DEL AFILIADO)**

La documentación a presentar es igual en cada módulo al primer intento.

Módulo estimulación ovárica 2° intento (COD 112002) \$220. Módulo Primero.

Módulo de aspiración FIV/ICSI 2° intento (COD 113002) \$1900. Módulo Segundo.

Módulo transferencia 2° intento (COD 114002) \$400. Módulo Tercero.

#### **TERCER INTENTO (50% A CARGO DEL AFILIADO)**

La documentación a presentar es igual en cada módulo al primer intento.

Módulo estimulación ovárica 3° intento (COD 112003) \$550. Módulo Primero.

Módulo de aspiración FIV/ICSI 3° intento (COD 113003) \$4250. Módulo Segundo.

Módulo transferencia 3° intento (COD 114003) \$1000. Módulo Tercero.

#### **D.- TRATAMIENTOS CUBIERTOS POR APROSS**

*-Inducción a la ovulación: La medicación según protocolo comprendida en los kit correspondientes.*

*-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).*

**TODO NUEVO INTENTO SERÁ EVALUADO POR LA AUDITORIA MÉDICA PREVIO A SU AUTORIZACIÓN.**

#### **E.- COBERTURA**

**Teniendo en cuenta las estadísticas conocidas de los porcentajes de éxitos y fracasos de estos tratamientos, Apross cubrirá:**

- **Inducción a la ovulación: la medicación específica comprendida en los kit según protocolo al 100%, para un máximo de 3 intentos.**

**De necesitar más medicación que la comprendida en el kit correspondiente, la cobertura será la habitual para medicación ambulatoria al 30%.**

**La determinación del kit específico para cada afiliada deberá contar con la indicación del médico tratante y la aprobación de Auditoría Médica, basada en la categorización de la afiliada, en función a la reserva ovárica prevista como normo respondedora, baja respondedora, o alta respondedora.**

**Dicha categorización se fundamentará y documentará en base a los dopajes hormonales de:**

**FSH**

**ESTRADIOL**

**HORMONA ANTIMULLERIANA Y/O INHIBINA B Y ECOGRAFÍA BASAL (DÍA 2 O 3 DE CICLO).**

- **En inseminación artificial: el procedimiento y la medicación específica hasta dos intentos por año, para un máximo de 3 intentos, estableciéndose un coseguro de 20% para el primer y segundo intento, y de 50% para el tercero.**
- **El procedimiento y la medicación específica hasta tres intentos FIV o ICSI, estableciéndose un coseguro de 20% para el primer y segundo intento y de 50% para el tercero.**

- Un máximo de 2 intentos por año y hasta 3 totales, para procedimientos invasivos (FIV o ICSI).

#### **F.- PRESTADORES**

Apross reconocerá dichos tratamientos, únicamente en los prestadores acreditados y contratados. No se efectuarán reintegros ni reconocimiento alguno, cuando los tratamientos fueren realizados con prestadores fuera de la cartilla de Apross.

#### **G.- INSCRIPCION**

Los afiliados que tengan indicación de Fertilización asistida, deberán iniciar trámite en Mesa de Entradas de APROSS, presentando la documentación indicada y la prescripción del profesional con detalle del procedimiento elegido y kit a utilizar. Completada la evaluación del caso, Auditoria Médica resolverá sobre la autorización correspondiente.

**H.- Aranceles y Normas y modalidades de pago y coseguros (Ver Anexo único de Resolución N°147/12) en [www.apross.gov.ar](http://www.apross.gov.ar)**