

NORMAS DE COBERTURA DE MASTOPLASTIAS POST
MASTECTOMÍA ONCOLÓGICA

Indicaciones:

1. La afección tumoral debe haber sido ***totalmente erradicada***.
2. Ausencia de mama postmastectomía uni o bilateral.
3. Ausencia de enfermedades asociadas que contraindiquen cualquier tipo de intervención electiva de riesgo quirúrgico elevado.
4. Ausencia de enfermedades crónicas descompensadas tales como diabetes, hipertensión, cardiopatías, trastornos psiquiátricos.
5. **Reconstrucción mamaria con Implante se requiere:**
 - Suficiente cantidad de piel de buena calidad.
 - Conservación del músculo pectoral mayor.
6. **Reconstrucción mamaria con colgajo músculo Recto-Abdominal-Transverso (TRAM):**
 - Haber concluido el período genésico.
 - Panículo adiposo abdominal mayor de 3 cm. de grosor.
 - Ausencia de cicatrices abdominales.
 - Ausencia de hernias o debilidades de la pared abdominal.
 - No hábito de fumar.
 - Lesión de la arteria tóraco dorsal durante la mastectomía.
7. **Reconstrucción mamaria con implante simultaneo con la Mastectomía:** la paciente no debe tener indicación de tratamiento de Radioterapia o Quimioterapia posterior a la Reconstrucción, ya que esta circunstancia está asociada a una mayor frecuencia de complicaciones.
8. **Reconstrucción mamaria por colgajo miocutáneo de dorsal ancho** se requiere:
 - No haber concluido el período de reproducción.
 - Panículo adiposo abdominal de menos de 3 cm. de grosor.

- Presencia de cicatrices abdominales posquirúrgicas.
- Presencia de debilidades o hernias de la pared abdominal.
- Resección Amplia De Tejido Cutáneo y/o muscular en la Mastectomía

Exclusiones De Cobertura

- Las que surgen de las condiciones detalladas más arriba;
- Plástica de la mama contralateral (Simetrización)
- Edad: la cobertura alcanza a mujeres menores de 65 años
- Tampoco se reconocerán reintegros por intervenciones efectuadas por fuera del sistema prestador contratado por APROSS.

Prescripción:

- Prescripción por médico especialista en formulario de solicitud (Anexo I) que estará disponible en página Web, Mesa de Informes Sede Central, Delegaciones y subdelegaciones de A.PRO.S.S.
- Para el implante, la prescripción debe ser genérica (Sin indicación de marca)

Autorización Médica Previa:

Cada procedimiento, debe ser evaluado por la auditoria médica según sus antecedentes.

Cobertura

La cobertura será el 100% a cargo de la Obra Social, en los prestadores contratados y que adhieran a la presente.

Aranceles: (Anexo II)

Los aranceles reconocidos, **incluyen:**

- Honorarios Profesionales del equipo quirúrgico y de las prácticas especializadas
- Derechos de quirófano
- Internación en piso o UTI hasta el alta sanatorial
- Medicamentos y Materiales descartables
- Prácticas de Laboratorio

Exclusiones:

- Las Prótesis mamaria y expansores tisulares necesarios en estas cirugías.
- Prácticas de Anatomía Patológica, Hemoterapia y Anestesia. Estas se facturan a las Asociaciones respectivas
- Medicamentos Oncológicos y de tipo "Catástrofes"
- Resto de las exclusiones comunes a otros Módulos Quirúrgicos.

Prestadores

- Los prestadores actualmente adheridos a esta cobertura, y aquellos que quieran incorporarse como tales, deberán suscribir formal aceptación de las normas y aranceles resueltos.
- No les está permitido cobro alguno por sobre estos aranceles, en ningún concepto.
- La plástica mamaria contralateral no está cubierta por APROSS y de realizarse simultáneamente, se considerará incluida en el arancel establecido para la cirugía principal.