

CÓRDOBA, 29 ABR 2022

VISTO: El Expediente N° 0088-125556/2022 de la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS), Resolución N° 0178/09, y

CONSIDERANDO:

Que a través de la Ley N° 9695, se incorporó como artículo 12, inciso n) a la Ley N° 9277 de Creación de APROSS la "Cobertura de tratamientos de fertilización asistida, a fin de promover el desarrollo familiar a aquellos beneficiarios que acrediten las condiciones que establezca la reglamentación...".

Que en consecuencia, a partir del 1° de enero de 2010 en los términos de Resolución N° 0178/09, se contempla en menú de esta Administración las prestaciones relacionadas a Fertilización Asistida conforme su Anexo Único.

Que atento previsiones de la Ley Nacional N° 26862 de Reproducción Médicamente Asistida, resulta menester en esta instancia introducir modificaciones y readecuar el régimen implementado por la citada Resolución y sus complementarias, N° 0087/10 y N° 0147/12.

Que en ese sentido toma intervención el Área de Control y Evaluación de Prestaciones, en consideración a la legislación nacional vigente, a los adelantos técnico-científicos y culturales sucedidos, y con la intención de brindar una mayor accesibilidad de tratamientos a nuestra comunidad afiliada, se adjunta de fs. 3 a 9, propuesta de modificación de la normativa de fertilidad asistida de esta Administración elaborada por el área técnica médica, contando con visto bueno de la Dirección General de Prestación Asistencial y Control de Gestión.

Que la oficina asesoramiento jurídico analiza las actuaciones tramitadas, entendiendo que lo procurado resulta procedente en concordancia con la normativa imperante y en salvaguarda de la salud y calidad asistencial de los afiliados, a tenor de lo normado por la Constitución Nacional, Tratados Internacionales con Jerarquía Constitucional -artículo 75 inciso 22- y Constitución de la Provincia de Córdoba -artículos 19 y 59-.

Que este Directorio, a efecto de la formalización de lo propuesto se encuentra facultado a "Realizar todos aquellos actos que resulten necesarios y conducentes a la consecución de los fines específico de la entidad", conforme el artículo 26, inciso u) de la Ley N° 9277, asimismo en cumplimiento de las funciones de organizar y administrar un seguro de salud establecidas por el artículo 1 del mismo plexo legal.

Por ello, las atribuciones de la Ley N° 9277 y lo dictaminado por la Subdirección Asuntos Legales bajo N° 288/22;

**EL DIRECTORIO DE LA ADMINISTRACIÓN PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD
RESUELVE:**

Artículo 1°.- MODIFICASE la Resolución N° 0178/09 de fecha 21 de diciembre de 2009 y sus complementarias, relacionadas a la cobertura de prestaciones de Fertilización Asistida, en los términos del Anexo Único que forma parte integrante del presente acto.-

Artículo 2°.- INSTRUYASE a la Dirección General de Coordinación Operativa, Dirección General de Prestación Asistencial y Control de Gestión, Direcciones de Administración y Prestaciones Asistenciales, Subdirección Tecnológicas de Información y Procesos, Departamento Atención Integral a los Afiliados y Área Comunicaciones, a tomar las medidas pertinentes, según corresponda, a fin de implementar lo dispuesto precedentemente.-

Artículo 3°.- PROTOCOLICÉSE, comuníquese, notifíquese y ARCHIVESE.-

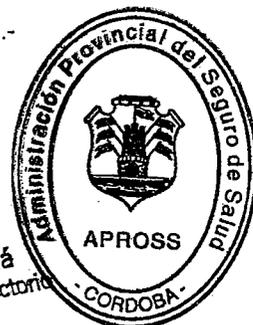
RESOLUCION N°

WALTER VILLAFREAL
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

0151/22

Dr. E. Fontanesi
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

Dr. Analía Cudolá
Vicepresidenta del Directorio
A.Pro.S.S.



A.PRO.S.S. DIV. DESPACHO
Redactó
Confeccionó <i>LC</i>
Controló <i>[Signature]</i>

apross.

PROPUESTA MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN 178/09

REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA

Marcelo T. de Alvear 758.
Barrio Güemes. Córdoba.

0-800-888-2776

0151 / 22

REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA

ANTECEDENTES, CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La reproducción médicamente asistida consiste en una serie de procedimientos y técnicas que permite ser madres/padres a aquellas personas que por diversos motivos no pueden concretarlo por medios naturales.

A tales efectos, a nivel Nacional se encuentra en vigencia la Ley n° 26.862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida, que habilita, entre otros, a financiadoras de servicios de salud a generar los mecanismos necesarios de cobertura para que todo afiliado pueda acceder a un tratamiento, siempre y cuando se cumplimente con las normativas previstas.

La misma entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo; quedando comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad específicas.

Prevé, además, la inclusión de nuevos procedimientos y técnicas que se desarrollen mediante avances técnico-científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación.

PROPUESTA

A iniciativa del Honorable Directorio de esta Aprox, se eleva propuesta de actualización del programa de FERTILIZACIÓN ASISTIDA, para su estudio e implementación; este proyecto busca ser un instrumento para mejorar políticas ya diseñadas e implementadas por esta APROSS, que de manera precursora a través de su resolución 178/09, ha llevado adelante desde hace ya varios años acciones directas en materia de fertilización médicamente asistida. Para el análisis, discusión y como punto referencial del presente proyecto, tomaremos la Ley Nacional de Reproducción Médicamente Asistida N° 26.862 mencionada.

La propuesta se ha organizado de la siguiente manera:

- Anexo N° 1: en referencia a la cobertura, los fundamentos técnicos para la propuesta modificatoria a llevar adelante, teniendo en cuenta factores incidentes sociales, culturales y científicos, y como ya se menciona, las recomendaciones de la Ley Nacional regulatoria.

Graciela E. Fontanes
Prof. Graciela E. Fontanes
Vocal del Directorio
A.P.R.O.S.S.

Marcélio T. de Alvear 758.
Barrio Güemes. Córdoba.

0-800-888-2776

Anella Cudolá
Dra. Anella Cudolá
Vicepresidenta del Directorio
A.P.R.O.S.S.

Walter Villareal
WALTER VILLAREAL
Vocal del Directorio
A.P.R.O.S.S.

0151/22

Finalmente, se sugiere la conformación de una Comisión Técnica Asesora para la evaluación y seguimiento de casos excepcionales que no se encuentran contemplados en la reglamentación vigente; de la misma manera, tendrá a su cargo futuras actualizaciones de esta normativa que pudiera ser necesarias en función de los avances científicos y tecnológicos.

TODA MODIFICACIÓN QUE NO SEA MENCIONADA O TENIDA EN CUENTA EN EL DESARROLLO DEL PRESENTE, IMPLICA QUE NO DEBIERA SER MODIFICADO DE LA NORMA QUE ANTECEDE.

ANEXO N°1

ANÁLISIS TÉCNICO DE LOS PROTOCOLOS DE INDICACIÓN

1-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1.a Tratamientos de reproducción médicamente asistida con óvulos propios a personas de 45 años o más y con óvulos donados a personas de 51 años o más:

La cobertura de los citados tratamientos, destinados a garantizar este derecho fundamental a la salud, será para toda persona mayor de edad que, sin mediar requisitos o limitaciones que impliquen discriminación o exclusión fundadas en la orientación sexual o el estado civil, haya explicitado su consentimiento informado, siendo el mismo revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión, en los casos de técnicas de alta complejidad. En los casos de técnicas de reproducción médicamente asistida de baja complejidad el consentimiento es revocable en cualquier momento del tratamiento, o hasta antes del inicio de la inseminación.

1.b Diagnóstico Genético Preimplantatorio.

1.c Subrogación de vientre.

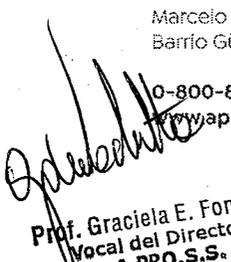
1.d Enfermedades Crónicas que puedan agravarse con el embarazo.

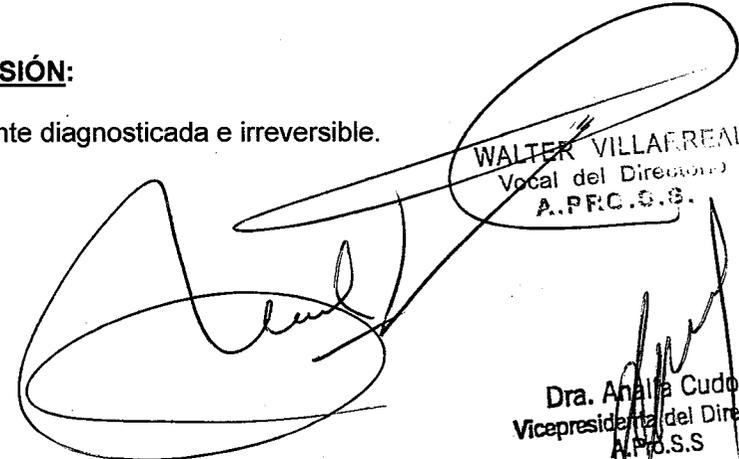
2-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

2.a Infertilidad Medicamente diagnosticada e irreversible.

Marcelo T. de Alvear 758.
Barrio Güemes. Córdoba.

0-800-888-2776
www.apross.gov.ar


Prof. Graciela E. Fontanesi
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.


WALTER VILLARREAL
Vocal del Directorio
A.P.F.C.S.S.


Dra. Ana Ra Cudolá
Vicepresidenta del Directorio
A.P.F.C.S.S.

0151/22

apross.

2.b Se establece cobertura de tratamiento de reproducción médicamente asistida con óvulos propios a la persona con capacidad de gestar de hasta CUARENTA Y CUATRO (44) años de edad al momento de acceder a dicho tratamiento, salvo prescripción médica en contrario.

2.c Se establece cobertura de todo tratamiento de reproducción médicamente asistida con óvulos donados para la persona con capacidad de gestar de hasta CINCUENTA (50) años de edad al momento de acceder a dicho tratamiento.

2.d En el supuesto que la persona con capacidad de gestar entre CUARENTA Y CUATRO (44) y CINCUENTA (50) años de edad hubiera criopreservado sus propios óvulos antes de cumplir la edad de CUARENTA Y CUATRO (44) años, podrá realizar cualquier tratamiento de reproducción médicamente asistida con dichos óvulos propios criopreservados (hasta la edad de 50 años).

2.e -En caso de ya tener hijos biológicos la pareja solicitante, se autorizarán intentos en número de UNO (1) de Baja Complejidad, UNO (1) de Alta Complejidad, y UNA (1) Desvitrificación y Transferencia, de acuerdo al principio de equidad y de distribución de recursos.

A la vez, deberán acreditar los siguientes requisitos:

- Persona afiliada mayor de edad sin requisitos o limitaciones que impliquen discriminación o exclusión fundadas en la orientación sexual.

- Persona afiliada sin carencias (1 año de antigüedad para afiliados obligatorios – 2 años de antigüedad para afiliados voluntarios).

- Personas afiliadas con capacidad de gestar solteras o en pareja, casadas o en unión convivencial (mínimo 5 años). Se solicitará certificación del vínculo por la policía o Registro Civil, reservándose Apross la posibilidad de constatación.

- En las solicitudes biparentales, ambos deben ser afiliados de Apross y con un mínimo de 1 año de permanencia para los afiliados obligatorios, y 2 años de permanencia o antigüedad para los afiliados/as voluntarios/as. Si uno de los 2 no fuera beneficiario/a de Apross, el/la titular deberá afiliarlo/a teniendo este último el mismo criterio de antigüedad o carencia del titular para considerar la cobertura.

-Cumplimentar los requisitos administrativos (de primera vez y de reiteración de intentos, según corresponda).

-El tratamiento se realizará en Instituciones que tengan convenio con la Apross.

-Estudios previos, que serán informados:

- DOSAJES HORMONALES: -FSH, ESTRADIOL, PROLACTINA, LH, TSH, T4 LIBRE, ATPO, SEROLOGÍA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PARA

Marcelo T. de Alvear 758.
Barrio Güemes. Córdoba.

0800-888-2776
www.apross.gov.ar

WALTER VILLARREAL
Vocal del Directorio
A.P.R.C.G.S.

Dra. Analía Cudoja
Vicepresidenta del Directorio
A.Pro.S.S.

0151 722

- AMBOS INTEGRANTES DE LA PAREJA (HIV, HEPATITIS B Y C, VDRL),
DOSAJE DE HORMONA ANTIMULLERIANA
- HISTEROSALPINGOGRAFIA
 - ESPERMOGRAMA SIMPLE O COMPLETO CON CULTIVO ECOGRAFÍA BASAL (3er DIA DEL CICLO).
 - PAPANICOLAU Y COLPOSCOPIA.

COBERTURA

La cobertura será integral e interdisciplinaria en cuanto al abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y los procedimientos y las técnicas: inducción de ovulación; estimulación ovárica controlada; desencadenamiento de la ovulación; técnicas de reproducción asistida (TRA); inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios establecidos por la autoridad de aplicación.

La cobertura de los módulos, se propone de la siguiente manera:

- BAJA COMPLEJIDAD: Se considera técnica de baja complejidad a aquellas que tienen por objeto la unión entre óvulo y espermatozoide en el interior del sistema reproductor femenino, lograda a través de la inducción de la ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación e inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o donante.

Cobertura: hasta tres (3) tratamientos anuales con intervalos mínimos de tres (3) meses entre cada uno de ellos.

- ALTA COMPLEJIDAD: Se entiende por técnica de alta complejidad a aquella donde la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar por fuera del sistema reproductor femenino, incluyendo a la fecundación in vitro, y la inyección intracitoplasmática.

Cobertura: hasta tres (3) tratamientos con intervalos mínimos de tres (3) meses entre cada uno de ellos.

- DESVITRIFICACION (descongelación) Y TRANSFERENCIA: puede realizarse en cualquier momento del tratamiento, una vez obtenido el embrión.

Cobertura: hasta dos (2) procedimientos en total.

- DONACIÓN DE GAMETOS Y/O EMBRIONES: Los gametos pueden provenir del cónyuge, pareja, o de un/a donante. Los mismos (en el caso de donante) deben provenir exclusivamente de los bancos de gametos o embriones

Marcelo T. de Alvear 758,
Barrio Güemes, Córdoba
0-800-882-2776

WALTER VILLAFREAL
Vocal del Directorio
A.P.F.C.S.S.

Dra. Analía Cudolá
Vicepresidenta del Directorio
A.Pro.S.S.

Prof. Graciela E. Fontanesi
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

0151/22

opross.

debidamente inscriptos en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (ReFES) de la Dirección nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en servicios de Salud, dependiente del Ministerio de salud de la nación. La donación de gametos y/o embriones está incluida en el procedimiento. Si la donación se ha efectuado en un establecimiento diferente al de realización del tratamiento, el titular del derecho deberá presentar una declaración jurada original del establecimiento receptor del gameto o embrión en la cual conste el consentimiento debidamente prestado por el/la donante. La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial.

Cobertura: acceso hasta tres (3) ovodonaciones para tratamientos de alta complejidad; acceso hasta seis (6) donaciones de esperma, tres (3) procedimientos para tratamientos de baja complejidad y tres (3) para tratamientos de alta complejidad. La medicación necesaria para la estimulación ovárica en la persona donante, esta incluida en el modulo específico y debe ser provista por la Institucion efectora.

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS/ETAPAS INCLUIDOS EN TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD (TRHA/AC)

a. TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD CON TÉCNICA DE FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV) CON OVOCITOS PROPIOS:

EL TRATAMIENTO de ALTA COMPLEJIDAD consistente en o con técnica de FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV) CON OVOCITOS PROPIOS comprenderá los siguientes procedimientos médicos/etapas:

- (I) UNA (1) estimulación ovárica —también denominada estimulación ovárica controlada—;
- (II) UNA (1) aspiración ovocitaria bajo control ecográfico;
- (III) UN (1) procesamiento de esperma mediante Swim up o Percoll;
- (IV) UNA (1) inseminación de los ovocitos;
- (V) UN (1) cultivo in Vitro hasta blastocito; y
- (VI) UNA (1) transferencia de embriones (en fresco o criopreservados) por cada intento de FIV.

b. TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD CON TÉCNICA DE INYECCIÓN INTRACITROPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI) CON OVOCITOS PROPIOS:

EL TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD consistente en o con técnica de INYECCIÓN INTRACITROPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES CON OVOCITOS PROPIOS comprenderá los siguientes procedimientos médicos/etapas:

WALTER VILLARREAL
Vocal del Directorio
A.P.F.C.G.B.

- (I) UNA (1) estimulación ovárica —también denominada estimulación ovárica controlada—;
- (II) UNA (1) aspiración ovocitaria bajo control ecográfico;
- (III) UN (1) procesamiento de espermatozoides mediante Percoll y otros métodos especiales para la recuperación de espermatozoides;
- (IV) UNA (1) microinseminación;
- (V) UN (1) cultivo in Vitro hasta blastocito; y
- (VI) UNA (1) transferencia de embriones (en fresco o criopreservados) en total por cada intento de ICSI.

c. TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD CON TÉCNICA DE FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV) CON OVOCITOS DONADOS

EL TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD consistente en o con técnica de FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV) CON OVOCITOS DONADOS comprenderá los siguientes procedimientos médicos/etapas:

- (I) UNA (1) estimulación endometrial receptora;
- (II) UNA (1) estimulación ovárica —también denominada estimulación ovárica controlada— de la donante;
- (III) UNA (1) aspiración ovocitaria bajo control ecográfico de la donante;
- (IV) UN (1) procesamiento de espermatozoides mediante Swim up o Percoll;
- (V) UNA (1) inseminación de los ovocitos donados;
- (VI) UN (1) cultivo in Vitro hasta blastocito; y
- (VII) UNA (1) transferencia de embriones (en fresco o criopreservados) en total por cada intento de FIV.

d. TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD CON TÉCNICA DE INYECCIÓN INTRACITROPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDEOS (ICSI) CON OVOCITOS DONADOS

EL TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD consistente en o con técnica de INYECCIÓN INTRACITROPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDEOS CON OVOCITOS DONADOS comprenderá los siguientes procedimientos médicos/etapas:

- (I) UNA (1) estimulación endometrial receptora;
- (II) UNA (1) estimulación ovárica —también denominada estimulación ovárica controlada— de la donante;
- (III) UNA (1) aspiración ovocitaria bajo control ecográfico de la donante;
- (IV) UN (1) procesamiento de espermatozoides mediante Swim up o Percoll;
- (V) UNA (1) microinseminación de los ovocitos donados;
- (VI) UN (1) cultivo in Vitro hasta blastocito; y
- (VII) UNA (1) transferencia de embriones (en fresco o criopreservados) en total por cada intento de ICSI.
- (VIII)

Marcelo T. de Alvear 75
Barrio Güemes, Córdoba
A.P.R.O.S.S.

0-800-888-2776

Prof. Graciela E. Fontanesi
Vocal del Directorio
A.P.R.O.S.S.

0151/22

Dr. Analía Cudolá
Vicepresidenta del Directorio
A.Pro.S.S



ANÁLISIS TÉCNICO DE LOS PROTOCOLOS DE INDICACIÓN

La cobertura de los módulos, se propone de la siguiente manera de acuerdo a lo descripto anteriormente:

1) BAJA COMPLEJIDAD:

Cobertura: hasta tres (3) tratamientos, con intervalos mínimos de tres (3) meses entre cada uno de ellos. Salvo criterio médico que indique y justifique la no cumplimentación de esta etapa de modo parcial o total.

2) ALTA COMPLEJIDAD:

Cobertura: hasta tres (3) tratamientos con intervalos mínimos de tres (3) meses entre cada uno de ellos. Salvo criterio médico que indique y justifique la no cumplimentación de esta etapa de modo parcial o total.

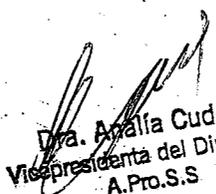
3) DESVITRIFICACION Y TRANSFERENCIA:

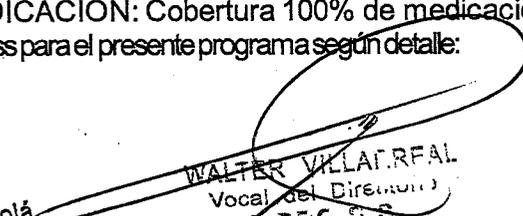
Cobertura: hasta dos (2) tratamientos con intervalos mínimos de tres (3) meses entre cada uno de ellos, en cualquier momento del tratamiento.

4) DONACIÓN DE GAMETOS Y/O EMBRIONES:

En personas con capacidad de gestar. Incluye donación de ovocitos (hasta 3 procedimientos para tratamientos de alta complejidad) y muestra y preparación de semen de banco (hasta 3 procedimientos para tratamientos de baja complejidad, y hasta 3 para alta complejidad).

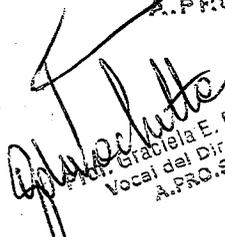
5) MEDICACIÓN: Cobertura 100% de medicación incluida en la cobertura de Apross para el presente programa según detalle:


Dra. Apollía Cudolá
Vicepresidenta del Directorio
A.Pro.S.S.


WALTER VILLAGRREAL
Vocal del Directorio
A.P.R.C.S.S.

Marcelo T. de Alvear 758.
Barrio Güemes, Córdoba.

0-800-888-2776


Gabriela E. Fontanesi
Vocal del Directorio
A.P.R.C.S.S.


0151/22

OTROSS.

KIT N°1 NORMO RESPONDEDORA		
RESO NUEVA		
MEDICAMENTO (nombre comercial de referencia sugerido#)	MONODROGA	CANTIDAD
GONAL 900 (opción AGREGAR 1 Gonal 450)	FSH (MENOTROFINA)	1
MENOPUR X 10 AMP HMG	FSH + LH (MENOTROFINA)	1
MENOPUR X 1 AMP (opción AGREGAR Menopur 75 1 caja de 5 amp y 1 caja de 1 ampolla)	FSH + LH (MENOTROFINA)	2
CETRORELIX (Opción agregar 1 caja Cetrotide)	CETROTIDE	2
OVIDREL	GONADOTROFINA CORIONICA	1
PROGEST	PROGESTERONA	1
KIT 2- BAJA RESPONDEDORA		
GONAL 900	FSH (MENOTROFINA)	1
GONAL 300	FSH (MENOTROFINA)	1
MENOPUR X 10 AMP HMG	FSH + LH (MENOTROFINA)	1
MENOPUR X 5 AMP	FSH + LH (MENOTROFINA)	1
MENOPUR X 1 AMP (opción AGREGAR Menopur 75 1 caja de 5 amp y 3 cajas de 1 ampolla)	FSH + LH (MENOTROFINA)	1
CETRORELIX (Opción agregar 1 caja Cetrotide)	CETROTIDE	2
OVIDREL	GONADOTROFINA CORIONICA	1
PROGEST	PROGESTERONA	1
KIT 3 – ALTA RESPONDEDORA		
GONAL 900	FSH (MENOTROFINA)	1
MENOPUR X 5 AMP	FSH + LH (MENOTROFINA)	1
MENOPUR X 1 AMP (opción AGREGAR Menopur 75, 4 cajas de 1 ampolla)	FSH + LH (MENOTROFINA)	1
TOCOFENO X 20 COMP	CLOMIFENO	1
CETRORELIX (Opción agregar 1 caja Cetrotide)	CETROTIDE	2
Gonapeptyl daily	Triptorelina	1
PROGEST	PROGESTERONA	1
KIT 4 – ALTA RESPONDEDORA		

Graciela E. Fontanesi
Prof. Graciela E. Fontanesi
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

Marcelo T. de Alvear 758.
Barrio Güemes, Córdoba.
0800-889-2776

Walter Villarreal
WALTER VILLARREAL
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

0151/22

Ana Julia Cudolá
Dra. Ana Julia Cudolá
Vicepresidenta del Directorio
A.Pro.S.S.

TOCOFENO X 20 COMP	CLOMIFENO	1
MENOPUR X 10 AMP	FSH + LH (MENOTROFINA)	1
OVIDREL	GONADOTROFINA CORIONICA	1
PROGEST	PROGESTERONA	1
KIT 5 – ESTIMULACION PARA LA PERSONA DONANTE (*)		
TOCOFENO X 20 COMP	CLOMIFENO	1
MENOPUR 75 X 15 AMP	FSH + LH (MENOTROFINA)	1
OVIDREL	GONADOTROFINA CORIONICA	2
CETROTIDE AMP	CETROTIDE	2

(#) Las marcas comerciales detalladas de cada medicamento, son sugerencias relacionadas a la eficacia y eficiencia comprobada en el tratamiento determinado, a la vez de su disponibilidad en el mercado.

(*) El tratamiento indicado para la estimulación de la donante a cargo de la Institucion prestadora es a modo referencial, pero puede ser electivo del equipo tratante, siempre y cuando se cumpla con el objetivo terapéutico y administrativo de cobertura integral.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Toda aquella solicitud de prestación vinculada, y que no se encuentre prevista como inclusión, ni expresamente mencionada dentro de las exclusiones detalladas, será puesta a consideración y evaluación de la Comisión técnica Asesora y posteriormente al Honorable Directorio para el dictado resolutorio final.

Requisitos para las Instituciones Prestadoras:

La presente propuesta NO INCLUYE MODIFICACIÓN del ANEXO ÚNICO de la resolución 0178/09 que reglamenta requisitos a cumplirse por parte de los prestadores para la cobertura de Reproducción Asistida.

Hay obligatoriedad de presentación por parte de las entidades prestadoras de la HABILITACIÓN por parte de las autoridades competentes para tal fin, y ACREDITACIONES correspondientes por organismos habilitados tanto provinciales, como nacionales, con la actualización en el periodo correspondiente. De la misma manera, es de carácter OBLIGATORIO la presentación de nómina de profesionales que se desempeñan en el Centro, con actualización de la misma cada vez que haya modificación del personal.

WALTER VILLALBA
Vocal del Directorio
A.P.R.C.G.B.

Marcelo T. de Alvear 758.
Barrio Güemes. Córdoba.

0-800-888-2776

0151/22

REGLAMENTACIÓN.

1- INFRAESTRUCTURA, RECURSOS HUMANOS.

El centro de reproducción asistida deberá ser debidamente acreditado por la RUGEPRESA, cumplimentando con todas las normativas de carácter obligatorio en referencia no solo a la Infraestructura, sino también respecto del Laboratorio de alta complejidad para embriología y andrología, y al equipamiento específico para llevar adelante las tareas de la competencia.

Deberá presentar acreditación correspondiente, en un periodo no mayor a 5 años, a los fines de la prosecución de su contrato, a excepción de que en el transcurso de ese periodo cambie el Director Médico, el Director o Supervisor de laboratorio, o se produzcan modificaciones significativas en sus instalaciones, equipamiento o resultados, que deberán ser comunicadas a la APROSS, para que evalúe su re-acreditación.

El personal a cargo de los procedimientos deberá estar adecuadamente matriculados y capacitados para desarrollar los cargos que representan, debiendo acreditar la documentación habilitante para la tarea específica.

2- TECNOLOGÍA.

Debe contar con certificación y un cronograma de mantenimiento de todos los equipos e instrumentos.

3- PROCEDIMIENTOS:

Cada efector deberá contar con un registro pormenorizado del protocolo utilizado para el tratamiento y seguimiento de un/a paciente, desde la inducción de la ovulación y monitoreo hasta la transferencia y crioconservación de embriones. Debe estar correctamente identificado el profesional que interviene en cada paso del procedimiento.

Cada procedimiento deberá tener un consentimiento informado.

El Centro deberá extremar los esfuerzos para evaluar las características de las gestaciones (complicaciones de la gestación, parto prematuro) y de los niños nacidos de sus procedimientos (problemas genéticos); debiendo remitir a Apross de manera anual, informe detallado de los resultados obtenidos.

Marcelo T. de Alvear 758. WALTER VILLAFREAL
Barrio Güemes, Córdoba. Vocal del Directorio
A. PRO. S. S.

Res: 100-888-2776

Prof. Graciela E. Fontana
Vocal del Directorio
A. PRO. S. S.

0151 / 22

Dr. Analía Cudolá
Vicepresidenta del Directorio
A. PRO. S. S.



4- CONTROL DE CALIDAD.

Deberán cumplimentarse de manera periódica, todos los controles de calidad, según normativas de bioseguridad y protocolos vigentes

5- PRESTADORES

APROSS reconocerá los tratamientos detallados, bajo las normativas autorizadas y únicamente en prestadores contratados y acreditados por las autoridades competentes. No se efectuarán reintegros ni reconocimiento alguno, cuando los tratamientos fueren realizados en instituciones que no cumplan con estos requisitos descritos, ni integren la cartilla de prestadores de esta administración.

6- INSCRIPCIÓN

Para aquellos afiliados/as que cumplimenten con los requisitos preestablecidos por esta administración para llevar a cabo los tratamientos de Reproducción Medicamentada Asistida, la Institución (médico prestador) deberá completar todos los requerimientos detallados de manera completa, para que Auditoría Médica evalúe la correspondencia de dicha indicación y resuelva autorización, siempre dentro de la norma.

Los kits de medicamentos necesarios para los procedimientos (del n°1 al n°4), serán solicitados mediante receta electrónica, previa autorización de la práctica médica.

Los kits (n° 5) de medicamentos utilizados en la persona "donante" (afiliada o no) para los casos de tratamientos con ovodonación, están incluidos en el módulo correspondiente, serán entregados por la Institución efectora y tendrán cobertura al 100%.

Los anteriores, son requisitos excluyentes para la iniciación y continuidad del trámite, y realización de la práctica indicada.

Para los intentos subsiguientes se seguirá el mismo procedimiento que en la solicitud inicial, con los datos que se correspondan con esta instancia.

[Handwritten signature]
Prof. Gabriela C. ...
Vocal del Directorio
APROSS

Dra. Analia Cudolá
Presidenta del Directorio
A.P.R.S.S.
Marcelo T. de Alvear 758.
Barrio Güemes. Córdoba.

CÓDIGOS, ARANCELES, COSEGUROS Y REGLAS DE NEGOCIO

WALTER VILLARREAL
Vocal del Directorio
A.P.R.C.S.B.

[Handwritten signature]

Sugerencias:

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR	REGLA DE NEGOCIO	COSEGURO
111101	MODULO DE INSEMINACION INTRAUTERINA -IIUI- PRIMER INTENTO	\$13.706	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	20%
111102	MODULO DE INSEMINACION INTRAUTERINA -IIUI- SEGUNDO INTENTO	\$13.706	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	30%
111103	MODULO DE INSEMINACION INTRAUTERINA -IIUI- TERCER INTENTO	\$8.563	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	40%
112001	MODULO ESTIMULACION OVARICA PARA FIV o ICSI - PRIMER INTENTO	\$9.137	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	20%
112002	MODULO ESTIMULACION OVARICA PARA FIV o ICSI - SEGUNDO INTENTO	\$9.137	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	30%
112003	MODULO ESTIMULACION OVARICA PARA FIV o ICSI - TERCER INTENTO	\$5.703	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	40%
113001	MODULO ASPIRACION Y FIV O ICSI - 1ER INTENTO	\$78.890	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	20%
113002	MODULO ASPIRACION Y FIV O ICSI - 2DO INTENTO	\$78.890	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	30%
113003	MODULO ASPIRACION Y FIV O ICSI - 3ER INTENTO	\$49.308	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	%40
113004	MODULO DESCONGELACION Y TRANSFERENCIA – PRIMER INTENTO	\$26.573	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	GASTOS A CARGO DEL AFILIADO
113005	MODULO DESCONGELACION Y TRANSFERENCIA - SEGUNDO INTENTO	\$26.573	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	GASTOS A CARGO DEL AFILIADO
114001	MODULO TRANSFERENCIA PARA FIV o ICSI - 1ER INTENTO	\$16.610	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	20%
114002	MODULO TRANSFERENCIA PARA FIV o ICSI - 2DO INTENTO	\$16.610	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	30%
114003	MODULO TRANSFERENCIA PARA FIV o ICSI - 3ER INTENTO	\$10.387	>18 AÑOS. CANT. 1 X AÑO (Y EVENTO CON AUDITORIA PREVIA)	40%

Prof. Graciela Fontanesi
 Vocal del Directorio
 A.P.R.O.S.S.

0-800-888-2776

WALTER VILLAFREAL
 Vocal del Directorio
 A.P.R.O.S.S.

0151/22

Dra. Analía Cudolá
 Vicepresidenta del Directorio
 A.P.R.O.S.S.

115001	MODULO DE DONACION DE GAMETOS – OVOCITOS	\$139.300	>18 AÑOS. CANT. 3 X AÑO (1 POR EVENTO CON AUDITORIA PREVIA) INCLUYE MEDICACION	30%
115002	MODULO DE DONACION DE GAMETOS – ESPERMATOZOIDES	\$30.814	>18 AÑOS. CANT. 3 X AÑO, 1 X EVENTO, MAXIMO 6 EN TOTAL (3 PARA TRATAMIENTO DE BAJA COMPLEJIDAD Y 3 PARA ALTA COMPLEJIDAD) CON AUDITORIA PREVIA.	30%

Los anteriores deberán ser incluidos en el listado de códigos del nomenclador Apress vigente, o en caso de corresponder, ser corregida la descripción según detalle.

Para su aprobación y posterior aplicación, el presente proyecto debe ser previamente autorizado por el Honorable Directorio de la Apress.

Prof. Graciela E. Fontanesi
Vocal del Directorio
A.P.R.O.S.S.

Dra. Analía Cudolá
Vicepresidenta del Directorio
A.P.R.O.S.S.

WALTER VILLAFREAL
Vocal del Directorio
A.P.R.O.S.S.