

LA PLATA, 17 JUN 2014

**VISTO** el expediente N° 2914-24364/14, iniciado por DIRECCION DE AUDITORIA Y FISCALIZACION MEDICA AMBULATORIA, caratulado: "REF ELEVA PROPUESTA DE LA COBERTURA EN FERTILIZACION ASISTIDA PARA AFILIADOS DEL IOMA", y

**CONSIDERANDO:**

Que por las presentes actuaciones se gestiona la modificación de valores de aranceles aplicables a los tratamientos de fertilización asistida, en el marco de lo establecido por la Resolución N° 8538/10 por la que se aprueba la cobertura de dichos tratamientos, las modalidades de implementación de la cobertura, los alcances, criterios de inclusión, requisitos para los afiliados aspirantes a la prestación y requisitos a cumplimentar por las Instituciones para adherirse a la red de Prestadores de Fertilización Asistida del IOMA;

Que a tales fines, la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria señala que en virtud de los reclamos efectuados por distintos Centros que brindan la prestación, como consecuencia del defasaje producido por el incremento de los insumos utilizados, considera pertinente aplicar un incremento del veintidós por ciento (22%) sobre los valores vigentes de los módulos de cobertura, según Resolución N° 4355/13. Por otra parte, considera que con el fin de redefinir ciertos aspectos inherentes a la evaluación y auditoría médica de los tratamientos solicitados, es necesario efectuar modificaciones sobre los Anexos 1 y 2 de la Resolución N° 8538/10, respecto de la documentación que debe presentar el afiliado, detalles de estudios complementarios solicitados, información mensual a presentar por los prestadores, redefinición de prácticas de diagnóstico específico y nuevo círculo administrativo para la autorización de tratamiento y medicación, como así también mantener sin modificaciones el Anexo 3 del mismo acto administrativo;

Que se sugiere aprobar un nuevo acto administrativo con los Anexos propuestos y dejar sin efecto a partir de su vigencia las Resoluciones N° 8538/10, N° 4310/12 y N° 4355/13. Todo ello con entrada en vigencia a partir del 1° de mayo de 2014;

**2492/14**

Que a fojas 3/20, se agregan los Anexos 1, 2 y 3 propuestos, y un soporte magnético con los actos administrativos citados (Resoluciones N° 8538/10, N° 4310/12 y N° 4355/13);

Que a fojas 21, luce cuadro con detalle de la proyección del gasto de los módulos de baja y alta complejidad, considerando el incremento a partir del mes de mayo de 2014, que arroja un aumento mensual de pesos ciento ochenta y ocho mil doscientos trece (\$188,213);

Que a fojas 23, la Dirección General de Prestaciones toma conocimiento de lo actuado y considera oportuno sugerir la viabilidad de los mismos;

Que a fojas 24, la Dirección General de Administración remite las presentes a la Dirección de Finanzas a efectos de que se sirva tomar el compromiso preventivo por un monto total de pesos un millón quinientos cinco mil setecientos cuatro (\$1.505,704), a partir del 1° de mayo de 2014 y hasta el 31 de diciembre del mismo año;

Que a fojas 25 se agrega comprobante de contabilización preventivo del gasto que será atendido con cargo a la partida ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, F.F. 1.2, Par 8, Presupuesto General Ejecutivo 2014 Ley N° 14.552;

Que a fojas 27 y vuelta, la Dirección de Relaciones Jurídicas no tiene objeciones que formular desde el punto de vista de su competencia y considera que corresponde elevar las presentes actuaciones al Directorio, a efectos que se proceda al tratamiento de la propuesta y, de considerarlo oportuno y conveniente, apruebe la misma con sus Anexos 1, 2 y 3, entendiendo que correspondería la derogación de las Resoluciones N° 8538/10, N° 4310/12 y N° 4355/13, y toda otra norma que se oponga a la que por el presente se gestiona. Finalmente, correspondería en lo que respecta, únicamente a la modificación de los valores de los módulos, establecer su implementación a partir del 1° de mayo de 2014;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en el art. 7° inc D), F) y G) de la Ley N° 6982 (T.O. 1987).

Por ello,

**2492/14**

**EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
RESUELVE**

**ARTICULO 1º.** Derogar las Resoluciones N° 8538/10, N° 4310/12 y N° 4355/13, y toda otra norma que se oponga a las mismas.

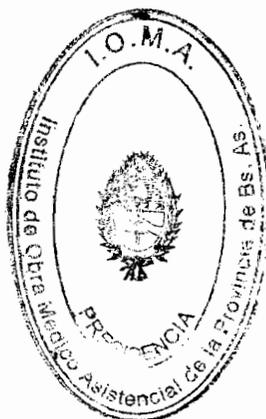
**ARTICULO 2º.** Aprobar los nuevos Anexos 1, 2 y 3 de la cobertura de tratamientos de fertilización asistida con la modificación de valores de aranceles aplicables, con vigencia a partir del 1º de mayo del 2014, que como Anexo Único formará parte de la presente Resolución.

**ARTICULO 3º.** El gasto demandado será atendido con la siguiente imputación presupuestaria: ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1, Principal 3, Subprincipal 4, F.F. 1.2, Par 8, Presupuesto General Ejecutivo 2014 Ley N° 14.552.

**ARTICULO 4º.** Registrar. Notificar a PROCREARTE. Comunicar a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

RESOLUCION N°

**2492 / 14**



Dr. ANTONIO LA SCALEIA  
Presidente  
I.O.M.A.

**COBERTURA DE FERTILIZACION ASISTIDA PARA AFILIADOS DEL IOMA**

**ANEXO 1. ALCANCES Y REQUISITOS**

- 1.A. Descripción
- 1.B. Criterios de inclusión
- 1.C. Exclusiones
- 1.D. Documentación necesaria
- 1.E. Declaración Jurada
- 1.F. Circuitos administrativos

**ANEXO 2. PRESTADORES**

- 2.A. Requisitos
- 2.B. Módulos prestacionales
  - Módulo de Baja Complejidad
  - Módulos de Alta Complejidad
  - Exclusiones de los módulos
  - Cancelaciones del tratamiento

**ANEXO 3. NORMAS DE FACTURACION**



X

## ALCANCES Y REQUISITOS

### 1. A. DESCRIPCION

Se define como Fertilización Asistida o Reproducción Asistida, al conjunto de acciones diagnósticas y terapéuticas destinadas a lograr un embarazo en parejas estériles cuando no es posible la corrección de la causa de fondo somática o fisiológica de esterilidad. En su mayoría estas prácticas implican la estimulación ovárica seguida de la extracción y aislamiento de un ovocito.

Las técnicas empleadas en este sentido se dividen en procedimientos de alta y de baja complejidad.

- **Procedimientos de baja complejidad:**

- a) **Inseminación Artificial**

Consiste en la introducción del semen en la cavidad uterina de la paciente con la finalidad de conseguir la gestación. La inseminación artificial consta de tres pasos:

- ✓ Estimulación hormonal del ovario.
- ✓ Preparación del semen, seleccionando y concentrando los espermatozoides móviles.
- ✓ Inseminación de la mujer.

- **Procedimientos de alta complejidad:**

- a) **Fertilización In Vitro. (FIV)**

Consiste en la extracción del ovocito para ser fecundado fuera del organismo femenino con espermatozoides previamente obtenidos del hombre, y su posterior implantación en el útero femenino. La FIV consta de los siguientes pasos:

- ✓ Estimulación ovárica
- ✓ Preparación del semen.
- ✓ Aspiración folicular por punción bajo control ecográfico.
- ✓ Cultivo de los ovocitos.
- ✓ Procedimiento de fertilización colocando los ovocitos junto a los espermatozoides seleccionados (FIV)
- ✓ Control de la fertilización y crecimiento embrionario.

- ✓ Transferencia embrionaria bajo control ecográfico.

**b) Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides. (ICSI)**

Se trata del mismo procedimiento con los mismos pasos solo que la fertilización del óvulo con los espermatozoides se realiza mediante inyección Intracitoplasmática (Micropipeta), reservada para aquellos casos de gametos masculinos con trastornos de movilidad o azoospermia.

**1.B CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LOS AFILIADOS.**

La atención en Fertilización Asistida Homóloga está dirigida a las parejas de afiliados de IOMA con diagnóstico de Infertilidad, y tiene como objetivo principal brindar la cobertura necesaria que permita la concepción de un hijo biológico dentro de la pareja constituida.

La Ley Provincial de Fertilización Asistida N° 11.028 y su Decreto Reglamentario 2980 así como la presente Resolución, entienden por "Homóloga" a toda técnica de Fertilización Asistida que emplee gametas solo provenientes de ambos miembros de la pareja, por lo tanto no se podrán ingresar solicitudes de cobertura que no cumplan con la inclusiones emanadas de dicha Ley.

- a) Serán beneficiarios de la cobertura las parejas en las cuales la edad de la mujer este entre los 30 y los 40 años inclusive.
- b) Los afiliados aspirantes a la cobertura deberán arribar al Centro de Fertilización, una vez que fueron estudiados por el Medico Ginecólogo de cabecera y con el diagnóstico de la causa de infertilidad.
- c) Se priorizará la cobertura a las parejas que no tengan hijos previos en común.
- d) Ambos miembros de la pareja deben estar vivos.
- e) Tanto las parejas constituidas en matrimonio como las parejas de convivientes, deberán demostrar dicha unión por un período mínimo de 1 (un) año.
- f) En el caso de las parejas donde solo un integrante de la misma es afiliado al IOMA, se cubrirán las prácticas diagnósticas y terapéuticas de Fertilización Asistida solo al afiliado a esta Obra Social.
- g) Los afiliados voluntarios, podrán acceder a la cobertura de Fertilización Asistida a partir de los 2 (dos) años de su ingreso a la Obra Social.

2492 / 14

- h) Dado que la Infertilidad Humana es considerada por la OMS y por la Provincia de Buenos Aires como una enfermedad, este IOMA reconoce la misma como preexistencia y no incorporará como afiliados voluntarios a los pacientes que al momento de solicitar la afiliación, presenten dicho diagnóstico.
- i) Solo se cubrirán los tratamientos realizados en los Centros acreditados por este IOMA dentro del Registro de Prestadores de Fertilización Asistida, y a los valores que resuelva el Directorio del Instituto.
- j) En el caso de efectores públicos, el IOMA cubrirá el tratamiento solo en aquellos Centros designados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

### 1.C EXCLUSIONES

No serán incorporados a la cobertura de Fertilización Asistida, los afiliados con alguna de las siguientes condiciones.

- a) Enfermedad crónica de la mujer que pueda agravarse con el embarazo.
- b) Enfermedad de transmisión vertical en etapa aguda o activa de alguno de los integrantes de la pareja.
- c) Solicitudes de donación de gametas (óvulos o espermatozoides) o de embriones.
- d) Inseminación con semen heterólogo, entendiéndose por semen heterólogo a aquel proveniente de un hombre que no sea el integrante de la pareja.
- e) Criopreservación de embriones.
- f) Utilización de útero de otra persona.
- g) Cobertura de PGD (Diagnostico Genético Preimplantatorio)
- h) Selección embrionaria.
- i) El IOMA no otorgará cobertura a aquellos afiliados que habiéndosele autorizado prácticas de Fertilización Asistida con anterioridad, hayan completado los toques prestacionales contemplados por la presente normativa.
- j) No se reconocerá ningún tratamiento por la vía del reintegro. La cobertura en Fertilización Asistida exige la evaluación previa y su autorización por parte de la auditoría médica especializada de IOMA. Tampoco se efectuarán reintegros ni reconocimiento alguno por tratamientos realizados en establecimientos o consultorios fuera de los efectores acreditados por la Obra Social.

**1.D DOCUMENTACIÓN NECESARIA**

**A) Documentación filiatoria que aportará el afiliado.**

1. Carnet de IOMA, ultimo recibo de sueldo, o constancia de pago de la afiliación voluntaria.
2. Fotocopia de DNI de ambos miembros de la pareja.
3. Declaración Jurada firmada por ambos miembros de la pareja donde conste:
  - La convivencia por un periodo de 1 (uno) año como mínimo,
  - Si tiene hijos con la actual o con anteriores parejas y cuantos.
4. En caso de que un miembro de la pareja no sea afiliado de IOMA, deberá adjuntarse:
  - a) Fotocopia de la libreta de matrimonio.
  - b) Si no están casados, Información sumaria del Poder Judicial con dos testigos que avale la convivencia de 1 año (uno) como mínimo.

**B) Documentación Médica que deberá adjuntar el Centro**

1. Indicación médica del Módulo de IOMA de Alta o de Baja complejidad y el protocolo de medicación elegido para la paciente.
2. Resumen de Historia Clínica con antecedentes Gineco-Obstetricos del Medico Ginecólogo de cabecera
3. Estudios complementarios que demuestren el diagnóstico previo de Infertilidad y su causa anatómica o fisiológica tales como:
  - Dosajes hormonales
  - Histerosalpingografía
  - Espermograma completo con Kruger.
  - Cultivo cervico-vaginal
  - Estudios Ginecologicos de Control anual (ecografía ginecológica + Pap y/o colposcopia + ecografía mamaria ó mamografía).
4. El afiliado deberá concurrir al Centro con la historia clínica del médico de cabecera (no especialista en Medicina Reproductiva) que acredite presencia o ausencia de enfermedades agudas o crónicas previas y el tratamiento recibido de las mismas (certificado de buena salud

psicofísica de ambos miembros de la pareja). Dicha historia clínica la adjuntará el establecimiento a la solicitud de la prestación.

**1.E. DECLARACION JURADA PARA AFILIADOS DE IOMA CON SOLICITUD DE FERTILIZACION ASISTIDA**

Por medio de la presente declaro:

- Estar conviviendo actualmente con mi pareja desde hace más de 1 (uno) año.

SI	NO

- Poseo hijos con mi actual o con anteriores parejas.

SI	NO

CANTIDAD

Asimismo declaro cumplir con los restantes requisitos e inclusiones contempladas por IOMA para acceder a la cobertura de Fertilización Asistida.

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MUJER:

.....

DNI: .....

.....

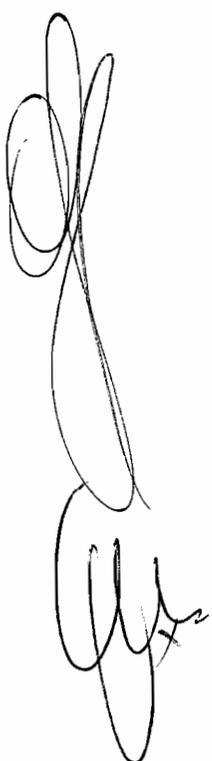
FIRMA

APELLIDO Y NOMBRE DEL HOMBRE:

.....

DNI: .....

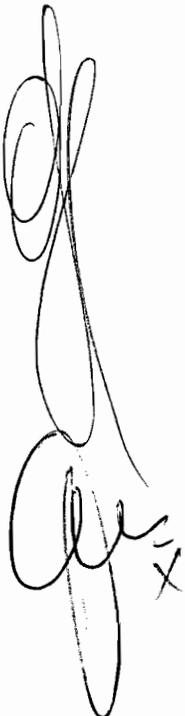
FIRMA

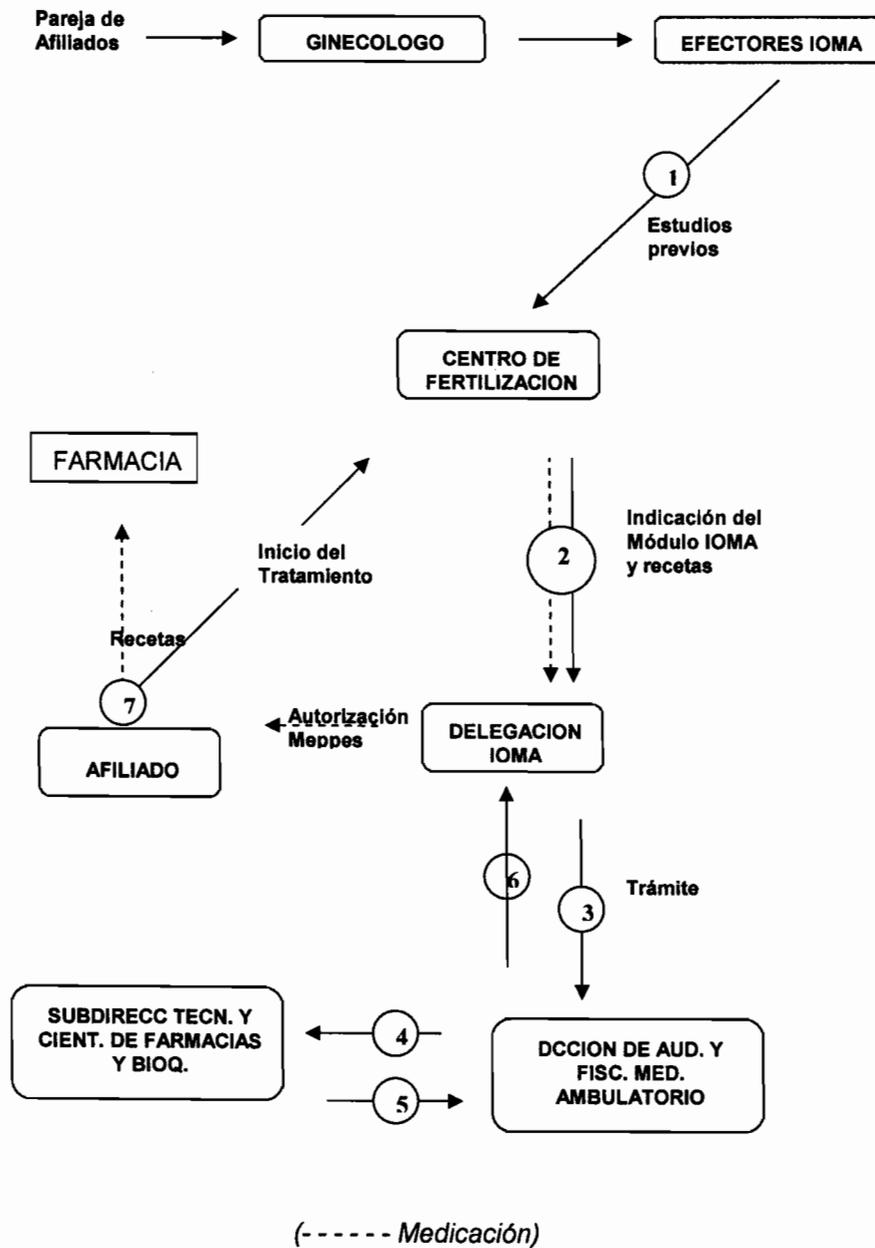


Todas las solicitudes de inclusión a la cobertura serán evaluadas por la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales y la Subdirección Técnico Científica de Farmacia y Bioquímica dependiente de la Dirección General de Prestaciones del IOMA.

**1.F CIRCUITOS ADMINISTRATIVOS**

1. El **Afiliado** con los estudios básicos de infertilidad indicados por su ginecólogo y realizados en los efectores de la red de IOMA, concurrirá al centro Prestador.
2. El **Centro Prestador** analizará la documentación y extenderá la indicación del módulo de Fertilización Asistida que considere necesario y las recetas correspondientes. Con éstos el Afiliado concurrirá a la Delegación de IOMA.
3. La **Delegación de IOMA** recibirá la documentación personal mas la documentación médica y las recetas extendida por el Centro y enunciadas en el Inciso anterior, efectuará el control de esa documentación, y de estar completa, tomará el trámite y lo elevará a IOMA Sede Central, Dirección de Auditoría Médica Ambulatoria.
4. La **Auditoria Central** de IOMA evaluará la documentación médica, analizará la solicitud y autorizará, denegará o solicitará, de ser necesario, alguna información adicional al Centro. En aquellos casos de excepción en que la auditoría requiera una segunda opinión ya sea por aspectos médicos o jurídicos de una solicitud, la misma será elevada a consideración del Honorable Directorio de IOMA. Desde la auditoria de DAFMA se enviará el trámite a la Subdirección de Farmacias para que autorice las recetas por Sistema Meppes y con el protocolo correspondiente para que el afiliado concurra a la Farmacia a encargar el producto, debe retornar a DAFMA.
5. La **Subdirección de Farmacias** devolverá el trámite a DAFMA con las recetas autorizadas
6. **DAFMA** enviará la autorización de la práctica y las recetas a la Delegación que inició el trámite, para que le sean entregados al afiliado, el cual concurrirá a la farmacia y al Centro que realizará el tratamiento.
7. Una vez brindada la prestación, el Centro presentará la facturación ante IOMA Sede Central, Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria, junto con la documentación avalatoria enunciada en el Anexo 3.





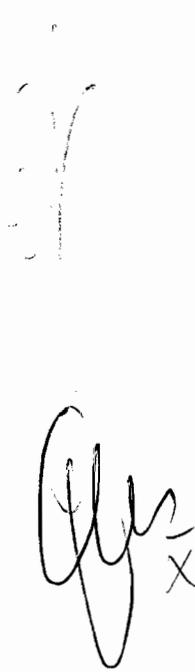
*[Handwritten signature]*

2492/14

## PRESTADORES

### 2. A REQUISITOS

- Estatuto Social, y Acta de Asamblea donde conste designación de autoridades, indicando la calidad de Presidente y/o representante legal de la Institución. De designarse un apoderado este deberá acreditar tal representación con el respectivo poder.
- Personería Jurídica (Inscripción en la Inspección General de Justicia y/o Dirección Provincial de Personas Jurídicas de la Provincia de Buenos Aires)
- Estatuto Institucional en el que deberá consignarse como objeto la atención referente a Fertilización Asistida.
- Constitución de domicilio dentro de la jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires o Ciudad Autónoma de Buenos Aires con Escritura de dominio a nombre de la Institución o Contrato de Alquiler o Comodato, que acredite el carácter legal en que se ocupa el inmueble; y las actividades que en él se desarrollan.
- Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como Clínica Monovalente categoría 2 especializada en Obstetricia y Ginecología, o habilitación del organismo que corresponda en el caso de Centros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Constancia de Inscripción del Centro en la AFIP, indicando Razón Social, N° de CUIT (con vigencia), Ingresos Brutos y Ganancias.
- Certificado de libre deuda del Registro de Deudores Morosos de la Provincia de Buenos Aires.
- Seguro de responsabilidad institucional del Centro.
- Seguro de responsabilidad médica del profesional responsable.
- Nómina del personal del establecimiento: médicos (con indicación de matrícula, título profesional, y certificado de colegiación, las especialidades deben ser reconocidas y actualizadas por entidad acreditada a tal fin) enfermeros, técnicos, auxiliares y administrativos, con indicación de su nombre, apellido, profesión y DNI.
- Inscripción como generador de residuos patogénicos y contrato con el servicio de recolección de los mismos.
- Certificado de habilitación emitido por Bomberos o certificado expedido por profesional ingeniero en seguridad e higiene matriculado.



Toda documentación debe ser presentada en original o firmada como copia fiel.

Además el establecimiento debe contar con un sistema de información que garantice:

- El registro de pacientes, patologías, estadísticas de interurrencias y complicaciones y requerimientos de derivaciones e interconsultas.
- Confección de historia clínica única de cada paciente con descripción detallada del mismo y evolución de los profesionales actuantes.
- Enviar vía fax a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica Ambulatoria, en forma mensual a los efectos de contar con datos actualizados, planilla donde consten los procedimientos realizados, discriminando la complejidad (alta o baja) y detallando nombre y número de afiliada de la paciente y resultados obtenidos con el tratamiento: embarazos, falsos positivos y procedimientos fallidos. Asimismo, en caso de contar con la información, los nacimientos ocurridos.

## 2. B MÓDULOS PRESTACIONALES

### ➤ **Baja complejidad:**

- **MODULO 1: IIU** (Inseminación Intrauterina)

### ➤ **Alta complejidad:**

- **MODULO 2: FIV** (Fertilización In Vitro) ó **ICSI** (Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides)

## BAJA COMPLEJIDAD

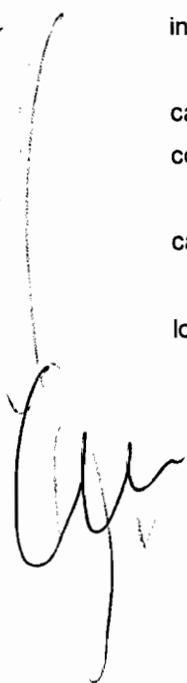
### **MODULO 1. INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA**

La autorización de los módulos de baja complejidad contempla hasta un máximo de 2 (dos) intentos en total por cobertura, con un período no menor de un mes entre cada uno.

Solo se contemplan 4 (cuatro) intentos por total de cobertura en los casos de Esterilidad sin causa aparente, donde se podrán realizar 2 (dos) intentos de baja complejidad y 2 (dos) de alta complejidad.

La complejidad de los Módulos autorizados quedará a criterio de la auditoría médica según la causa de esterilidad, condiciones clínicas y antecedentes de la paciente

Por ejemplo la **Esterilidad sin causa aparente** y el **Factor masculino leve** recibirán en todos los casos, cobertura inicial solo a través de módulos de baja complejidad.



**Etapas del Módulo:**

- a) Estimulación ovárica controlada.
- b) Preparación del semen.
- c) Inseminación intrauterina.

**Inclusiones:**

- Honorarios médicos.
- Prácticas
  - Monitoreo folicular por ECO endovaginal
  - Dosajes hormonales (Estradiol)
  - Mejorado y cultivo de espermatozoides
  - Materiales descartables
  - Procedimiento de Inyección intrauterina
- Utilización de aparatología del Centro (ECO, Endoscopias, laboratorio, material descartable, medios de cultivo)
- Procedimientos y/o prácticas específicas que sean necesarias agregar al módulo.
- Estudios y seguimiento de la paciente hasta el diagnóstico del embarazo por imágenes y dosajes hormonales (Sun unidad B de HCG), o la certificación del tratamiento fallido.

MODULO 1	
Honorarios médicos	\$ 1.655
Gastos en prácticas	\$ 882
<b>Valor total del Módulo</b>	<b>\$ 2.537</b>

PROTOCOLO PARA BAJA COMPLEJIDAD						
	NOMBRE COMERCIAL	CANT	PRESENTACION		DROGA	LABORAT
BC	Tocofeno	1	caja	50 mg comp x 20	Clomifeno	Ferring
	Menopur	6	ampollas	75 UI fco amp.x 1 + solv.	HMG altamente purif.	Ferring
	Pregnyl	2	ampollas	5000 UI fco amp. + solv.	HCG urinaria	Organon

2492/14

**ALTA COMPLEJIDAD**

La autorización de los módulos de alta complejidad contempla hasta un máximo de 2 (dos) intentos en total por cobertura, sin que supere 1 (uno) intento por año. Solo se reserva a consideración del Directorio de IOMA, un tercer intento, para aquellos casos específicos que la auditoría médica así lo disponga.

Por ejemplo las parejas con diagnóstico de **Factor tuboperitoneal grave, factor masculino grave, o falla ovárica** recibirán en todos los casos, cobertura a través de módulos de alta complejidad.

**MODULO 2. FERTILIZACION ASISTIDA (FIV ó ICSI)**

**Etapas del Módulo:**

- a) Estimulación ovárica controlada.
- b) Preparación del semen.
- c) Aspiración folicular por punción bajo control ecográfico.
- d) Cultivo de los ovocitos.
- e) Procedimiento de fertilización (FIV o ICSI)
- f) Control de la fertilización y crecimiento embrionario.
- g) Transferencia embrionaria bajo control ecográfico.

**Inclusiones**

- Honorarios médicos.
- Prácticas.
  - Monitoreo de la estimulación ovárica controlada con ECO endovaginal.
  - Dosajes hormonales (Estradiol)
  - Mejoramiento y cultivo de espermatozoides.
  - Swim Up. Percoll
  - Laboratorio de gametas y embriones
  - Materiales descartables y medios de cultivo.
  - Aspiración folicular ovárica con punción ECO transvaginal bajo anestesia.
  - Clasificación y mantenimiento de embriones
  - Proced. de FIV ó ICSI (transferencia intrauterina ecoguiada de embriones)
  - Prácticas anestésicas
  - Control de la fertilización y crecimiento embrionario



2492 / 14

- Utilización de aparatología (ECO, Endoscopias, laboratorio, material descartable, medios de cultivo)
- Procedimientos y/o prácticas específicas que sean necesarias agregar al módulo.
- Anestesia.
- Estudios y seguimiento de la paciente hasta el diagnóstico del embarazo por imágenes y dosajes hormonales (Sub unidad B de HCG), o la certificación del tratamiento fallido.

MODULO 2	A	B	C	D
Honorarios médicos	\$ 4.967	\$ 4.967	\$ 4.967	\$ 4.967
Gasto en prácticas	\$ 13.985	\$ 13.803	\$ 15.460	\$ 15.044
<b>Valor total del Módulo</b>	<b>\$ 18.952</b>	<b>\$ 18.770</b>	<b>\$ 20.427</b>	<b>\$ 20.011</b>

*Al valor del Módulo de Fertilización Asistida que se utilice, se le restará en la facturación el valor en concepto de Medicación de Fase Lútea.*

KIT	NOMBRE COMERCIAL	CANT	PRESENTACION	DROGA	LABORATORIO
A	Gonal 300	3	ampollas 300 UI/0.5 ml amp.	FSH recombinante	Merck Serono
	Ovidrel	1	ampolla 250 mcg fco amp x 1 + solv.	HCG alfa	Merck Serono
	Cetotride	3	ampollas 0.25 mg fco amp x 1	Cetorelix	Merck Serono
B	Puregon 300	3	cartuchos 300 UI /0.36 ml cart. x 1 + ag.	FSH recombinante	Organon
	Puregon 50	2	cartuchos 50 UI amp x 1	FSH recombinante	Organon
	Pregnyl	2	ampollas 5000 UI fco amp. + solv.	HCG urinaria	Organon
	Orgalutran	3	ampollas 0,25 mg jer x 1	Ganirelix	Organon
C	Menopur	1	caja 75 UI fco amp. x 10 + solv.	HMG altamente purif.	Ferring
	Menopur	1	caja 75 UI fco amp .x 5 + solv.	HMG altamente purif.	Ferring
	Menopur	3	cajas 75 UI fco amp .x 1 + solv.	HMG altamente purif.	Ferring
	Gonacor	2	ampollas 5.000 UI fco amp x 1	HCG urinaria	Ferring
	Orgalutran	3	ampollas 0,25 mg jer x 1	Ganirelix	Organon
D	Lifecell	18	ampollas 75 UI amp x 1	FSH + LH	Buxton
	Dinaron	2	ampollas 5.000 UI amp x 1	HCG urinaria	Buxton
	Orgalutran	3	ampollas 0,25 mg jer x 1	Ganirelix	Organon

NOMBRE COMERCIAL	CANT	PRESENTACION	DROGA	LABORATORIO
Utrogestran	6	Cajas 100 mg caps x 30	Progesterona	Ferring

200 mg /día durante 3 meses, se interrumpe si el dosaje del día 15 posterior a la transferencia da resultado negativo

2492/14

**EXCLUSIONES DE LOS MODULOS**

1. Medicación para estimulación ovárica.
2. Pruebas básicas para el diagnóstico de infertilidad

Las parejas aspirantes a recibir prestaciones en Fertilización Asistida deberán obtener previamente el diagnóstico de la causa de infertilidad antes de concurrir al centro Prestador. Para ello su médico ginecólogo le extenderá las órdenes de prácticas básicas para el diagnóstico de infertilidad. La realización de estas prácticas diagnósticas estará a cargo de los laboratorios y demás efectores pertenecientes a la red prestadora de IOMA.

DIAGNOSTICO BASICO
Papanicolau.
Colposcopia
ECO ginecológica
ECO mamaria
Histerosalpingografía
Dosaje hormonal básico del 3º día del ciclo
FSH, LH
Estradiol
Prolactina
TSH, T4 libre
DHEA -S
17-OH P4
Androstenediona
Testosterona libre
Insulinemia
Dosaje hormonal básico del día 21 o 22 del ciclo
Progesterona sérica
Prolactina
Serología
VDRL
Citomegalovirus Ig M y por Ig G
Hepatitis B por Antígeno S y Anticuerpos Anti core
Hepatitis C
HIV por ELISA
Toxoplasmosis IgG - IgM
Enfermedad de Chagas por Inmunofluorescencia
Rubéola Ig M y Ig G
Cultivo de flujo vaginal y endocervical para:
Aerobios, Anaerobios, Chlamydia, Micoplasma, Ureaplasma
Espermograma básico

**3. Prácticas de diagnóstico específico**

Estas pruebas están destinadas a aquellas parejas que, con las pruebas básicas con las que concurre el Afiliado al Centro, no puede establecerse el diagnóstico de la causa de infertilidad o bien el Centro requiere una mayor precisión en el mismo. De ser necesaria alguna de estas pruebas, las



mismas se realizarán en el Centro de Fertilización Asistida y serán facturadas luego de manera individual según la siguiente tabla de valores.

Espermocultivo	\$ 124
Test de Kruger	\$ 91
Anticuerpos anti espermatozoides	\$ 195
Hormona Anti Mulleriana	\$ 400

**5. Laparoscopia o histeroscopia:**

En caso de necesitarlas el afiliado, éstas forman parte de las prácticas convenidas de la Obra Social, tanto en sus modalidades diagnósticas como terapéuticas. Los afiliados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires podrán realizarlas en los Establecimientos de 2º Nivel de esa ciudad que poseen convenio con IOMA.

**5. Procedimientos de obtención de muestra de semen**

En aquellas parejas con un factor masculino tal que se requiera de una obtención de muestra de semen se autorizará la práctica de obtención de esta muestra por TESE (Testicular Sperm Extraction) o PESA (Punction Epididimal Sperm Aspiration) a través de un trámite de excepción.

**6. Primera consulta ginecológica**

En el caso de aquellas pacientes que concurren al Centro sin el diagnóstico previo de Infertilidad, el Centro podrá efectuar esa primera consulta ginecológica y facturarla según valores de consulta IOMA, Categoría C.

**CANCELACIONES DEL TRATAMIENTO**

En las pacientes donde, por los estudios previos, se sospeche que puede evolucionar hacia un fallo en su intento de Fertilización Asistida, el Centro podrá cancelar el tratamiento. En este caso el establecimiento deberá facturar solo una fracción del modulo autorizado y adjuntar los informes que avalen tal cancelación. El porcentaje del módulo a facturar dependerá del momento del tratamiento en que se efectuó la cancelación.

	MOMENTO DE LA CANCELACION	% A FACTURAR
1	No se logró desarrollo de folículos	30 %
2	Durante la punción no se obtuvieron óvulos	60 %
3	No se logró desarrollo embrionario	90 %



2492/14

**NORMAS DE FACTURACION**

**I) NORMAS**

El Prestador deberá presentar factura B ó C, por triplicado, a nombre del IOMA, con indicación del domicilio, localidad, N° de CUIT y su calidad ante el IVA (exento)

Además el Prestador deberá confeccionar una factura por cada categoría afiliatoria (afiliados voluntarios individuales, afiliados voluntarios colectivos, o afiliados obligatorios) con monto final en cada una, por triplicado y firmada por el representante legal del mismo:

- Afiliados Obligatorios: el N° de carnet del IOMA comienza con una cifra.
- Afiliados Voluntarios individuales: el N° de carnet del IOMA comienza con una letra, de la A a la J inclusive.
- Afiliados Voluntarios colectivos: el N° de carnet del IOMA comienza con una letra, de la K a la Z inclusive.

Cada factura contendrá todos los módulos brindados a estos afiliados en el transcurso de solo un mes calendario de cobertura. No se podrán volcar a una misma factura módulos brindados en distintos meses calendario.

Acompañando a cada factura, el Prestador deberá enviar:

- Hoja de resumen mensual por cada factura y por triplicado donde constará nombre de cada paciente, N° de Afiliado, módulo facturado, y total general.
- Conformidad firmada por el afiliado o familiar responsable debidamente identificado (firma, aclaración y N° de Documento, y relación filial)
- Fotocopia de Historia Clínica completa con firma de los profesionales actuantes.
- Informe de evolución y actividad específica desarrollada correspondiente al módulo facturado.
- Consentimiento informado que firmó el afiliado al concurrir al Centro antes de comenzar con el tratamiento.

**II) PLAZOS Y CIRCUITOS DE FACTURACION**

- La documentación será presentada del 1 al 10 de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada, en Mesa General de Entradas y Archivo del IOMA considerándose en caso de feriado el último día hábil anterior a la finalización de dicho plazo, debiendo facturar mes calendario en cada prestación.
- El IOMA abonará las prácticas de Fertilización Asistida brindadas por el Prestador a sus Afiliados en un plazo de 30 días, contados a partir de la fecha de presentación de la facturación, siempre que la misma cumplimente las normas consignadas en este Anexo.

- La presentación de la facturación con posterioridad a los plazos establecidos será considerada como ingresada el día primero del mes inmediato subsiguiente.
- Toda facturación de facturación que no cumpla con los requisitos enunciados será devuelta a los efectos de cumplimentar con la totalidad de los mismos.

### III) REFACTURACIONES

- Cuando del proceso de control de la facturación presentada surjan descuentos a practicar sobre la misma, el IOMA comunicará al Prestador el correspondiente débito al cancelar el pago, quedando a su disposición y a partir del tal momento el detalle de los débitos efectuados.
- Si el Prestador no compartiere el motivo del débito efectuado por el IOMA, podrá presentar dentro de los 90 (noventa) días posteriores al cobro de la factura, un pedido de reconsideración fundamentado, que se formulará en una nueva factura emitida según las presentes normas y adjuntando la documentación respaldatoria que certifique dicha reconsideración es decir:
  - ✓ Nueva factura.
  - ✓ Pedido de reconsideración.
  - ✓ Copia de la planilla de certificación del débito realizado.
  - ✓ Copia del ajuste de facturación realizado por la auditoría.
- No se podrá agrupar en una sola factura el pedido de reconsideración de varias notas de débito que correspondan a distintos remitos, sino que se emitirá una factura por cada remito que haya sido objeto de ajuste por parte del IOMA.

