

LA PLATA, 14 OCT 2015

VISTO el expediente N° 2914-3830/15, iniciado por DIRECCION DE AUDITORIA Y FISCALIZACION MEDICA AMBULATORIA, caratulado: "PROYECTO REFERENTE A LA MODIFICACIÓN DE LA COBERTURA EN FERTILIZACION ASISTIDA PARA AFILIADOS DEL IOMA", y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones se gestiona la propuesta elaborada por la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria, relacionada con la cobertura del tratamiento de Fertilización Asistida;

Que en ese sentido, informa la Dirección propiciante que el proyecto en análisis tiene por finalidad adecuar la normativa del IOMA, a la vigencia y regulación de la Ley Provincial de Fertilización Asistida N° 14611 y su Decreto Reglamentario N° 376/15, legislación que contempla nuevas formas operativas, amplía los criterios de inclusión para los afiliados, establece nuevas modalidades prestacionales y requisitos a cumplir por los Centros que brinden la prestación. Al respecto, sugiere que se proceda a aprobar un nuevo acto administrativo con los Anexos que agrega, y dejar sin efecto las Resoluciones del Directorio de este Instituto N° 2492/14 y 3174/15, a partir del 1° de septiembre de 2015. Los Anexos son Anexo 1: Fertilización Asistida; Anexo 2: Prestaciones incluidas; Anexo 3: Criterios de inclusión y exclusión; Anexo 4: Circuito administrativo; Anexo 5: Requisitos para prestadores; Anexo 6: Prácticas excluidas de los módulos prestacionales; Anexo 7: Valor de las prestaciones; Anexo 8: Normas de facturación;

Que a fojas 2/13, se agregan copias de las Resoluciones del Directorio N° 2492/14 y N° 3174/15. A fojas 37, la Dirección General de Prestaciones toma conocimiento de lo actuado, y considera oportuno sugerir la viabilidad de los presentes;

Que a fojas 38, interviene la Dirección General de Administración y remite las presentes a la Dirección de Finanzas a fin de que se sirva tomar el compromiso preventivo por un monto total de pesos seis millones (\$ 6.000.000);

**5343 / 15**

Que a fojas 39 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 2015 Ley N° 14.652;

Que a fojas. 41/47, se agrega copia de la Resolución N° 9665/11;

Que a fojas. 48/59 se incorporan los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 detallados, que conforman la nueva modalidad prestacional para fertilización asistida;

Que a fojas 60 y vuelta, la Dirección de Relaciones Jurídicas considera que también debería procederse a la derogación de la Resolución N° 9665/11, por cuanto los conceptos que contempla la propuesta se encuentran incorporados a la nueva normativa proyectada;

Que a fojas 61, la Asesoría General de Gobierno no tiene desde el punto de vista de su competencia, observaciones que formular, motivo por el cual opina que podrá el Directorio, de considerarlo oportuno y conveniente proceder al dictado del acto administrativo que recepte la propuesta efectuada, de conformidad con las prescripciones contenidas en el artículo 7° inciso f de la Ley N° 6982;

Que a fojas 62 y vuelta la Dirección de Relaciones Jurídicas interviene nuevamente, sin efectuar objeciones en el marco de su competencia, estimando que, de compartir el criterio expuesto, puede el Directorio dictar el acto administrativo por medio del cual se recepte la propuesta obrante a fojas 48/59, elaborada por la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria, y se deroguen las Resoluciones N° 2492/14, 3174/15 y 9665/11 de ese Cuerpo Colegiado;

Que el Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio, en su reunión de fecha 30 de septiembre de 2015, según consta en Acta N° 39, RESOLVIÓ: Derogar las Resoluciones del Directorio N°9665/11, 2492/14 y N° 3174/15. Aprobar la modificación contemplada en los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, y 8, referida a la cobertura de tratamientos de Fertilización Asistida, con vigencia a partir del 1° de septiembre de 2015, que como Anexo Único formarán parte de acto administrativo a dictarse.

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).

5343 / 15

Por ello,

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

ARTICULO 1º. Derogar las Resoluciones del Directorio N° 9665/11, 2492/14 y N° 3174/15. y toda otra norma que se oponga a las mismas.

ARTICULO 2º. Aprobar la modificación contemplada en los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, y 8, referida a la cobertura de tratamientos de Fertilización Asistida, con vigencia a partir del 1º de septiembre de 2015, que como Anexo Unico formará parte de la presente Resolución, todo ello en virtud de los considerandos que anteceden..

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 2015 Ley N° 14.652.

ARTICULO 4º. Registrar. Notificar a PROCREARTE y a la Asesoría General de Gobierno. 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°




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

FERTILIZACION ASISTIDA

La Ley Provincial n° 14208, modificada por su similar n° 14611, y reglamentada mediante Decreto del Poder Ejecutivo N° 376/15, tiene por objeto el reconocimiento de la infertilidad humana como enfermedad, de acuerdo a los criterios internacionales sustentados por la OMS, incorporando como concepto de "reproducción médicamente asistida" a aquellos procedimientos y técnicas realizados con asistencia medica para la consecución de un embarazo, sean de baja o alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones. Se considera infertilidad o esterilidad, a la dificultad de una pareja de concebir un niño naturalmente o de llevar un embarazo a término, luego de un año de vida sexual activa.

Aproximadamente entre el 10 y 15% de las parejas en edad reproductiva presentan problemas de fertilidad

Se denomina esterilidad primaria, cuando no se ha tenido hijos previamente y secundaria cuando tras haber tenido uno o más hijos no se logra un nuevo embarazo.

La OMS considera a la Esterilidad como enfermedad.

Las técnicas de Fertilización Asistida son distintos procedimientos destinados a ayudar en forma artificial a que se produzca la fecundación y la implantación del huevo, para lograr de esta forma el embarazo deseado

Existen técnicas de menor complejidad como la Inseminación artificial y técnicas de mayor complejidad que comprenden la fertilización asistida in Vitro (FIV) y cuyas variantes son:1) transferencia de gametas en la trompa de Falopio (GIFT), 2) transferencia de embriones en la trompa de Falopio(ZIFT) y 3)la inyección intracitoplasmática de espermatozoides en los óvulos(ICSI).


5343 / 15
Dr. ANTONIO LA SCALEIA
Presidente
I.O.M.A.

PRESTACIONES INCLUIDAS**1) INSEMINACIÓN ARTIFICIAL INTRAUTERINA (DE BAJA COMPLEJIDAD)**

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

La autorización de los módulos de baja complejidad contempla hasta un máximo de 4 (cuatro) intentos anuales, con un período no menor de un mes entre cada uno.

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 sólo a través de módulos de baja complejidad.

La inseminación artificial intrauterina se puede realizar con semen homólogo o con banco semen.

Inclusiones:

- Honorarios médicos.
- Prácticas
 - Monitoreo folicular por ECO endovaginal
 - Dosajes hormonales (Estradiol)
 - Mejoramiento y cultivo de espermatozoides
 - Materiales descartables

5343 / 15

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

➤ 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 (Sub unidad B de HCG) o la certificación del tratamiento fallido.

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

2) PROCEDIMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD:

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 las siguientes etapas:

- ✓ Estimulación ovárica controlada.
- ✓ 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.

La autorización de los módulos de alta complejidad contempla hasta un máximo de 3 (tres) intentos en total por afiliado.

5343 / 15

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.

Inclusiones

- Honorarios médicos.
- Prácticas:
 - a. Monitoreo de la estimulación ovárica controlada con ECO endovaginal.
 - b. Dosajes hormonales (Estradiol)
 - c. Mejoramiento y cultivo de espermatozoides.
 - d. Swim Up. Percoll
 - e. Laboratorio de gametas y embriones
 - f. Materiales descartables y medios de cultivo.
 - g. Aspiración folicular ovárica con punción ECO transvaginal bajo anestesia.
 - h. Clasificación y mantenimiento de embriones
 - i. Procedimiento de FIV o ICSI (transferencia intrauterina eco-guiada de embriones)
 - j. Prácticas anestésicas
 - k. Control de la fertilización y crecimiento embrionario
- 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.

Inyección intracitoplasmática de espermatozoides. (ICSI)

Se trata del mismo procedimiento con los mismos pasos descritos anteriormente sólo 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.

PROTOSCOLOS PARA ALTA COMPLEJIDAD						
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.		
	Cetotride	3	ampollas	0.25 mg fco amp x 1	Cetrorelix	Merck Serono
	Utrogestran	6	Cajas	100 mg caps x 30	Progesterona	Ferring
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
	Utrogestran	6	Cajas	100 mg caps x 30	Progesterona	Ferring
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
	Utrogestran	6	Cajas	100 mg caps x 30	Progesterona	Ferring
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
	Utrogestran	6	Cajas	100 mg caps x 30	Progesterona	Ferring

3) LAVADO DE SEMEN

Es una técnica que se realiza en un paciente seropositivo, con el fin de evitar el contagio de HIV a su pareja, a través del semen.

La vía de contagio hombre- mujer es a través del semen. En el semen básicamente hay tres componentes: plasma seminal, células (linfocitos T4, macrófagos) y espermatozoides. El VIH está en el plasma seminal y en los linfocitos T4 y macrófagos. Podemos separar, en el laboratorio, los tres componentes mediante la técnica llamada "lavado de semen"

La fracción de semen obtenida después del lavado se congela y una parte se analiza con la técnica de PCR, si a pesar del lavado quedan virus VIH. En el 98% de casos no hay virus después del lavado. Los espermatozoides congelados y

liberados del VIH se usan previa descongelación para la técnica de Fecundación in Vitro (FIV) con ICSI, es decir la introducción de un espermatozoide en cada óvulo maduro obtenido.

Indicación: hombre seropositivo para HIV.

4) COLUMNA DE ANEXINA

A nivel celular, existe un mecanismo denominado apoptosis, significa muerte celular programada, es la forma en la que se eliminan células dañadas o con graves defectos, para que no afecten al resto de nuestro organismo. La apoptosis también ocurre en los espermatozoides, los espermatozoides que están dañados entran en mecanismo de apoptosis, exponiendo en su membrana celular fosfatidilserina, un fosfolípido que se utiliza para diferenciar las células que van a entrar en apoptosis de las células sanas.

En la muestra de espermatozoides se añade la **proteína anexina V** unida a unas esferas de metal (microbeads), los espermatozoides afectados, que tienen una proteína llamada fosfatidilserina en sus membranas por la cual la anexina V tiene una gran afinidad. Una vez que ha pasado un tiempo para que se produzcan las uniones, se pasa la muestra por un **sistema de columnas magnetizadas**, de forma que las bolitas metálicas se queden asociadas a las paredes de la columna y sólo aquellos espermatozoides sanos, que no tienen anexina unida, serán los que atravesarán la columna y se utilizarán en un tratamiento **ICSI**.

La práctica consiste en separar a los espermatozoides sanos y sin alteraciones de aquellos que tienen una alta tasa de fragmentación de ADN.

De esta manera, logramos enriquecer la muestra en espermatozoides no apoptóticos, ofreciendo al paciente más posibilidades para la formación de un embrión con mayor potencial de implantación y embarazo luego del ICSI.

Indicaciones:

- Alto porcentaje de espermatozoides con ADN fragmentado.




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

5343 / 15

- Factor masculino grave.
- Fallos repetidos en tratamientos anteriores.
- Baja tasa de fecundación.
- Mala calidad embrionaria.
- Esterilidad de origen desconocido.
- Pacientes tratados con quimioterapia y/o radioterapia.

5) FRAGMENTACIÓN DEL ADN: TUNEL Y CASPASAS

El estudio se realiza con una muestra de semen, luego de 3 a 5 días de abstinencia sexual, que deberá ser remitida al laboratorio dentro de la hora de obtenida.

A veces puede ser necesario repetir el estudio en más de una muestra para confirmar el diagnóstico, ya que los valores de fragmentación pueden elevarse en forma ocasional, sin ser por ello representativos del nivel habitual de fragmentación del ADN de ese paciente.

Para realizar el test de TUNEL, los espermatozoides se incuban con una enzima y con nucleótidos marcados.

Los nucleótidos son las moléculas principales que componen el ADN y la presencia de una "marca" nos permite detectarlos en el microscopio.

De esta manera cada vez que la enzima encuentre una rotura en el ADN del espermatozoide, colocará en su lugar un nucleótido marcado.

Cuando la muestra se observa en el microscopio, aquellos espermatozoides que tengan el ADN fragmentado, se verán coloreados o fluorescentes. Mientras que aquellos que tengan el ADN intacto no presentarán esa coloración o fluorescencia.

Indicaciones

- infertilidad idiopática (de causa desconocida);
- fallas repetidas de FIV/ICSI;
- alteración severa de la morfología espermática.
- mala calidad embrionaria;
- abortos a repetición;
- varicocele;
- hombres mayores de 45 años;

5343 / 15

6) PUNCION TESTICULAR (TESE) O PUNCION EPIDIDIMARIA(PESA)

Consiste en la técnica de recuperación de espermatozoides por punción testicular((TESE) o epididimaria (PESA).

Esta técnica es aplicable a hombres con Azoospermia (ausencia de espermatozoides en el eyaculado) y Necrozoospermia (espermatozoides muertos en el eyaculado).

Indicaciones

- Ausencia u obstrucción de vías deferentes.
- Detección del proceso de espermatogénesis
- Aneyaculación o Eyaculación retrógrada

7) VIAL DE SEMEN

Muestra de semen a utilizar en procedimientos de Fertilización asistida, tanto de Baja o Alta Complejidad, según indicación medica.

Se recurre a esta técnica cuando el varón carece de espermatozoides tanto en el eyaculado como en la punción testicular o epididimaria

Otra indicación de la utilización de muestra de semen es en el caso de mujer con diagnóstico de infertilidad y sin pareja.

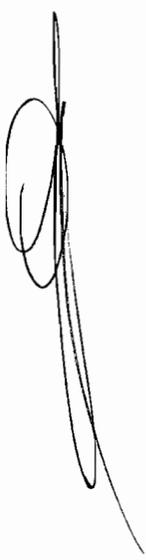
8) FIV CON TECNICA DE OVODONACIÓN

La ovodonación es un tratamiento que se enmarca dentro de las alternativas de la Fertilización asistida.

Se trata de una técnica de Alta complejidad basada en la donación de óvulos de una mujer joven y fértil (donante) para ser fertilizado en el laboratorio de embriología por espermatozoides provenientes del marido, de la pareja o de banco de semen, según el caso. Los embriones obtenidos son luego transferidos al útero de la paciente (receptora). Las tasas de embarazo conseguidas superan a las habituales en otras técnicas de reproducción asistida.

Indicaciones:

- Menopausia precoz
- Falla ovárica
- Mujeres de más de 44 años
- Mujeres portadoras de enfermedades genéticas o alternaciones cromosómicas



5343 / 15

ANEXO 3**CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN****A) Inclusión:**

- a. Se brindará cobertura a toda persona mayor de edad que habite el territorio de la Provincia de Buenos Aires y cuente con dos(2) años de residencia en el mismo.
- b. Los afiliados aspirantes a la cobertura deberán arribar al Centro de Fertilización, habiendo sido previamente estudiados por el Medico Ginecólogo de cabecera y con el diagnóstico de la causa de infertilidad.
- c. La cobertura de prácticas terapéuticas de fertilización asistida será solamente autorizada a afiliadas del IOMA.
- d. Los afiliados voluntarios, podrán acceder a la cobertura de Fertilización Asistida a partir de los 2 (dos) años desde su ingreso a la Obra Social.
- e. 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.
- f. Solo se cubrirán los tratamientos realizados en los Centros acreditados por este IOMA dentro del Listado de Prestadores de Fertilización Asistida, y a los valores que resuelva el Honorable Directorio del Instituto.
- g. En el caso de efectores públicos, el IOMA cubrirá el tratamiento sólo en aquellos Centros designados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

**5343 / 15**Dr. ANTONIO LA SCALEIA
Presidente
I.O.M.A.

B) Exclusión:

- a. Transferencia embrionaria: No se reconocerá como única practica. Se considera como parte del procedimiento de FIV.
- b. No serán incorporados a la cobertura de Fertilización Asistida, los afiliados con alguna de las siguientes condiciones: enfermedad crónica de la mujer que pueda agravarse con el embarazo, enfermedad de transmisión vertical en etapa aguda o activa de alguno de los afiliados.
- c. Criopreservación de embriones.
- d. Utilización de útero de otra persona.
- e. Cobertura de PGD (Diagnostico Genético Preimplantatorio). Se autorizará solo en caso de enfermedad de alteración genética (se solicitará como excepción)
- f. Selección embrionaria.
- g. 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.
- h. 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.

C) DOCUMENTACIÓN NECESARIA

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.

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-Obstétricos 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. Historia clínica del médico de cabecera presentada por los afiliados, que acredite presencia o ausencia de enfermedades agudas o crónicas previas y el tratamiento recibido respecto de las mismas.
5. Consentimiento Informado

5343 / 15

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

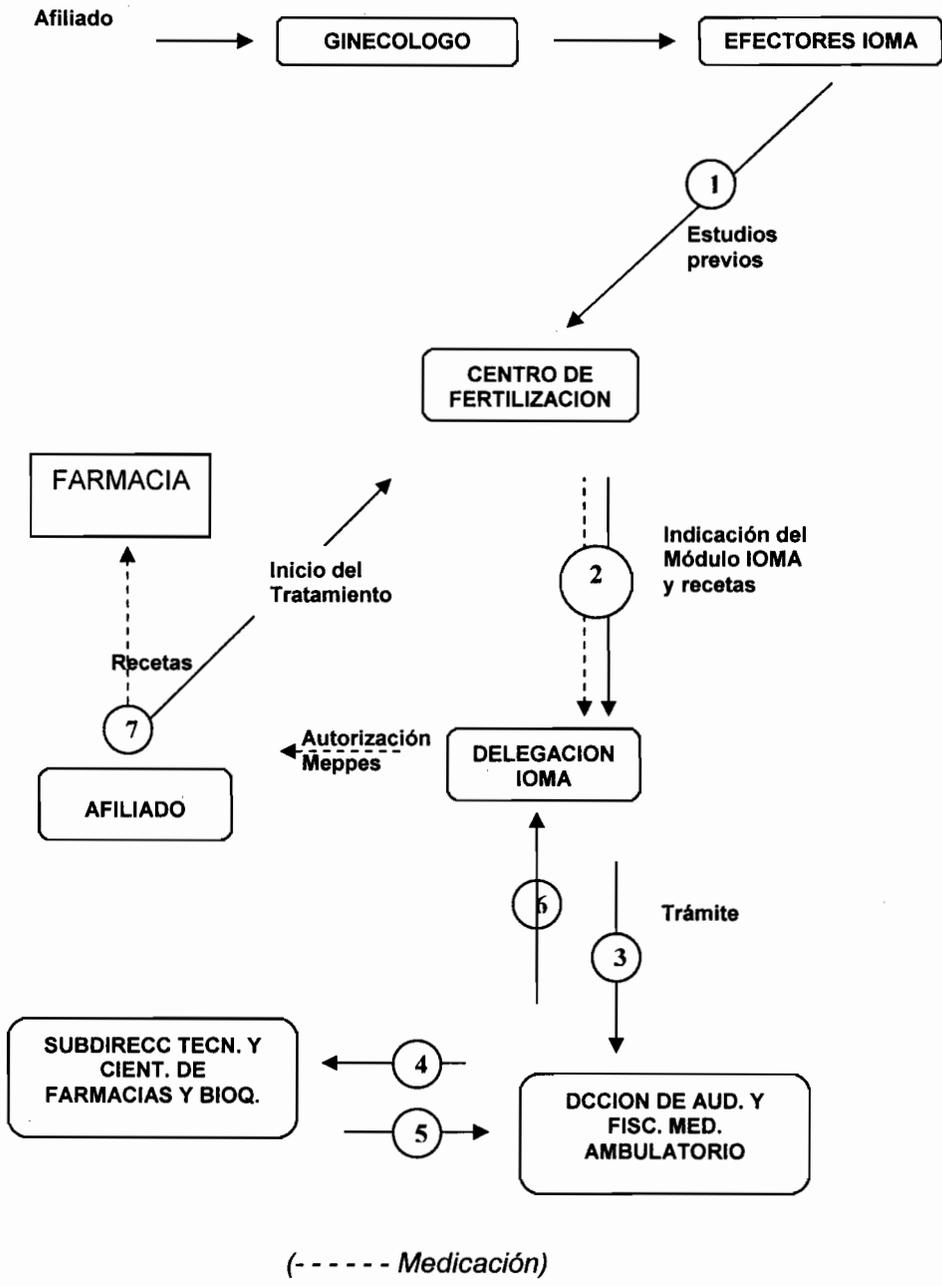
ANEXO 4**CIRCUITO ADMINISTRATIVO**

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 las que el Afiliado concurrirá a la Delegación de IOMA.
3. La **Delegación de IOMA** recibirá la documentación personal y médica, como así también las recetas extendidas por el Centro, efectuará el control de la misma, la cual formará parte del trámite correspondiente, que será girado a IOMA Sede Central, Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria para su evaluación.
4. La **Auditoria Central** de IOMA analizará la solicitud con la documentación acompañada, y autorizará, denegará o solicitará, de ser necesario, información adicional al Centro. En aquellos casos de excepción en que la auditoría requiera una segunda opinión sea por aspectos médicos o jurídicos de una solicitud, la misma será elevada a consideración del Honorable Directorio de IOMA. La Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria enviará el trámite a la Subdirección Técnico Científica y de Farmacias y Bioquímica, para la autorización de las recetas conforme corresponda.
5. La Subdirección Técnico Científica y de Farmacias y Bioquímica devolverá el trámite a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria con las recetas autorizadas.
6. La Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria enviará la autorización de la práctica y las recetas a la Delegación en donde se inició el

5343 / 15

trámite, para que le sean entregadas al afiliado, el cual concurrirá a la farmacia para gestionar la provisión y al Centro que realizará el tratamiento.

- Una vez brindada la prestación, el Centro presentará la facturación ante IOMA Sede Central, Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria, junto con la documentación avalatoria enunciada en el Anexo 3.



[Handwritten signature]

5343 / 15

ANEXO 5**REQUISITOS A CUMPLIMENTAR POR SERVICIOS PRESTADORES**

- Estatuto Social y Acta de Asamblea donde conste como objeto la atención referente a Fertilización Asistida y designación de autoridades respectivamente, 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)
- 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 civil 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, y acreditación de los títulos habilitantes.


5343 / 5
Dr. ANTONIO LA SCALEIA
Presidente
I.O.M.A.

- 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.
- Habilitación del banco de gametos por parte de la autoridad de aplicación que corresponda.
- Toda la documentación deberá ser presentada en copia certificada y sólo se tomará como válida aquella certificación generada ante Escribano Público, Juez de Paz, o en su defecto Funcionario Público de este IOMA. Se generará un expediente con el objeto de propiciar el tratamiento de la presentación por parte del Honorable Directorio de este IOMA.
- El establecimiento deberá contar con un sistema de información que garantice el registro de pacientes, patologías, estadísticas de interurrencias y complicaciones y requerimientos de derivaciones e interconsultas y la confección de historia clínica única y evolución de cada paciente, por parte de los profesionales actuantes.
- Deberá enviar vía fax a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico 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.

5343 / 15

**PRACTICAS EXCLUIDAS DE LOS MODULOS PRESTACIONALES
(Se autorizan en forma ambulatoria)**

1. Pruebas básicas para el diagnostico de infertilidad

Los 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 su diagnóstico. 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 3° día del ciclo
FSH, LH
Estradiol
Prolactina
TSH, T4 libre
DHEA -S
17-OH P4
Androstenodiona
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, Clamydia, Micoplasma,
Espermograma básico

Todas estas practicas tendrán un año de vigencia desde su realización.

5343 / 15


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

2. Prácticas de diagnóstico específico

Estas pruebas están destinadas a aquellos casos en los cuales con las pruebas básicas no pueda establecerse el diagnóstico de la causa de infertilidad o bien cuando el Centro requiera una mayor precisión acerca del 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	\$ 154
Test de Kruger	\$ 154
Anticuerpos anti espermatozoides	\$ 223
Hormona Anti Mulleriana	\$ 1.287

3. Laparoscopia o histeroscopia:

Estas prácticas se encuentran contempladas en los convenios vigentes suscriptos por el IOMA con las entidades intermedias, tanto en sus modalidades diagnósticas como terapéuticas. Los afiliados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires podrán realizarlas en los Establecimientos Sanatoriales de esa ciudad que posean convenio con IOMA.

4. Procedimientos de obtención de muestra de semen:

Cuando resulte necesaria la obtención de muestra de semen, se autorizará dicha práctica por TESE (Testicular Sperm Extraction) o PESA (Punction Epididimal Sperm Aspiration) a través de un trámite de excepción.

5343/15

5. Primera consulta ginecológica:

En el caso de aquellas personas 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

Cuando, por los estudios previos, se presuma que el tratamiento pudiera evolucionar hacia un fallo en su intento de Fertilización Asistida, el Centro podrá cancelar el mismo y deberá facturar sólo la fracción correspondiente del módulo 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 %

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

5343 / 15

ANEXO 7

VALORES DE LAS PRESTACIONES

MODULO DE BAJA COMPLEJIDAD	
Honorarios médicos	\$ 2.100
Gastos en prácticas	\$ 1.100
Valor total del Módulo	\$ 3.200

MODULO DE ALTA COMPLEJIDAD	
Honorarios médicos	\$ 6.200
Gastos en prácticas	\$ 19.300
Valor total del Módulo	\$ 25.500

PRACTICA	VALOR
TESE (PUNCIÓN TESTICULAR)	\$ 11.000
TEST DE TUNEL O CASPASAS	\$ 1.800
VITRIFICACIÓN DE OVOCITOS (Oncológicos)	\$ 27.000
LAVADO DE SEMEN (HIV)	\$ 4.200
COLUMNA DE ANEXINAS	\$ 5.000
FIV CON OVODONACIÓN	\$ 50.000
MUESTRA DE SEMEN	\$ 5.500

SOLO SE AUTORIZARÁ POR TRÁMITE DE EXCEPCIÓN	VALOR DE REFERENCIA
TRANSFERENCIA EMBRIONARIA	\$ 12.500
DIAGNOSTICO PRE IMPLANTATORIO (PGD)	\$ 3.500




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

5343 / 15

ANEXO 8**LINEAMIENTOS PARA LA FACTURACION****A) 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).

Asimismo 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 su representante legal. A esos efectos deberá tenerse en cuenta que:

- 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 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, familiar o allegado responsable debidamente identificado (firma, aclaración y N° de Documento, parentesco o condición en la cual actúa).
- Fotocopia de Historia Clínica completa con firma de los profesionales actuantes.
- Informe de evolución y actividad específica desarrollada correspondiente al módulo facturado.



DR. ANTONIO LA SCALEIA
Presidente
IOMA

5343 / 15

- Consentimiento informado con observación de las formalidades legales, que firmó el afiliado al concurrir al Centro antes de comenzar con el tratamiento.

B) 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 treinta (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 que no cumpla con los requisitos enunciados será devuelta a los efectos de cumplimentar con la totalidad de los mismos.

C) 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 noventa (90) días posteriores al cobro de la factura, un pedido de reconsideración debidamente fundamentado, confeccionando nueva factura según las presentes normas y adjuntando la documentación respaldatoria que certifique dicha reconsideración junto con la

5343 / 15

copia de la planilla de certificación del débito realizado y 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.

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

5343 / 15