

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD****Resolución 1200/2012****Créase Sistema Unico de Reintegros. Normas generales. Limitase vigencia temporal de Normas —APE—.**

Bs. As., 21/9/2012

VISTO el Expediente 216983/12, del registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la Ley 23.661, el Decreto N° 1198/12-PEN y la Resolución N° 500/04 y sus modificatorias de la ex - ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, y

**CONSIDERANDO:**

Que el artículo 24 de la Ley 23.661 establece que los recursos del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION se utilizarán para apoyar financieramente a los Agentes del Seguro mediante el establecimiento de subsidios de conformidad que la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD determine.

Que, en oportunidad de su constitución, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD conservó los objetivos, competencias, funciones y responsabilidades de la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (ANSSAL).

Que mediante el dictado del Decreto N° 1198/12-PEN se dispuso la absorción de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES dentro de la estructura organizativa de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a efectos de —tal como se detalla en sus considerandos— asegurar un contexto de mayor control y cumplimiento de las funciones esenciales del Estado y para lograr eficiencia en la gestión pública.

Que esta SUPERINTENDENCIA tiene un plazo de NOVENTA (90) días para presentar ante el MINISTERIO DE SALUD, la nueva estructura organizativa.

Que entre los objetivos de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES (APE), se encontraba el de asegurar a los beneficiarios del Sistema de Seguro de Salud el acceso a prestaciones originadas en la atención de enfermedades de baja incidencia y alto impacto económico, así como de otras de largo tratamiento, administrando en forma equitativa y justa los fondos provenientes del aporte solidario de las Obras Sociales.

Que la Resolución N° 500/2004-APE estableció el PROGRAMA DE COBERTURA DE PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES, a través del cual la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES otorgaba apoyo financiero para el pago de las prestaciones mencionadas en el considerando anterior y cuyo detalle se incluía en los Anexos de la misma.

Que las enfermedades de baja incidencia y alto impacto económico representan a las comúnmente denominadas enfermedades catastróficas, así catalogadas por el alto impacto que suponen frente al abordaje diferente del resto de las enfermedades, y por la fuerte erogación que implican para quienes las financian, desde la óptica no solo de los ingresos familiares de quien la padece, sino también de los Agentes de Salud pertenecientes al Sistema Nacional de la Seguridad Social.

Que en la actualidad resulta necesario enfatizar objetivos orientados hacia el beneficiario como Sujeto de Derecho que padece una enfermedad catastrófica. Es decir que los reintegros se otorguen no solo para subvencionar a los Agentes de Salud, sino fundamentalmente, a fin de asegurar servicios de salud a las personas que cursen las enfermedades incluidas en el programa.

Que la Resolución mencionada ha recibido varias modificaciones sustanciales en lo atinente a las prestaciones pasibles de ser subsidiadas o reintegradas por el Programa y a los procedimientos y requisitos necesarios para la obtención del apoyo financiero.

Que en atención a todo ello y al tiempo transcurrido desde el dictado de la Resolución N° 500/04-APE, dado el carácter dinámico del conocimiento científico y el avance de nuevas tecnologías médicas, resulta necesario reformular el Programa original, para una mejor calidad de atención de los beneficiarios del Seguro de Salud, en el sentido de arribar a diagnósticos más acertados, seguros, rápidos y acceder a tratamientos adecuados que eleven la esperanza y calidad de vida.

Que las reformulaciones consisten, básicamente, en incorporar y/o exceptuar ciertas prestaciones médicas para lo cual se tomaron criterios de análisis basados en la evidencia científica, efectividad, costo, costo efectividad y alternativas, normas y autorizaciones por parte de los Organismos Nacionales Regulatorios, definición del par necesidad-tratamiento y definición de condiciones especiales de cobertura.

Que a fin de enfatizar objetivos orientados hacia el beneficiario como Sujeto de Derecho que padece una enfermedad catastrófica, resulta conveniente que el ordenamiento de las prestaciones y medicamentos a incorporar sea por patología, con el principio de dar la prestación desde un fundamento médico, sólido, lógico y adecuado, buscando una mayor eficiencia y efectividad en la gestión.

Que de la experiencia recogida se considera conveniente reconsiderar los procedimientos y requisitos necesarios para la obtención del reintegro, unificando la normativa existente y estableciendo nuevos circuitos que tornen más transparente, ágil, operativo y eficaz el procedimiento.

Que para la elección de las patologías a incorporar se tomó en cuenta la propuesta elaborada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y los informes técnicos de la GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA y de la SUBGERENCIA DE INFORMATICA.

Que a los fines de agilizar el procedimiento de reintegro, es conveniente agrupar dichas enfermedades en dos listados, uno para solicitud de reintegro de medicamentos y otro para solicitud de reintegro del resto de las prestaciones médicas.

Que es necesario aclarar que el enunciado de las mencionadas enfermedades no implica el reconocimiento de todos los gastos que supone su tratamiento, sino solo las prestaciones médicas de elevado costo que esta SUPERINTENDENCIA estime.

Que esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD tiene como objetivo que los beneficiarios del Seguro de Salud tengan un acceso equitativo a los recursos tecnológicos de avanzada que requieran para el tratamiento de su enfermedad en el marco de la mejora de la calidad de la atención, optimizando los recursos disponibles, y dando dinámica y transparencia a la gestión institucional.

Que habida cuenta de la absorción de la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES dentro de esta SUPERINTENDENCIA y de la necesidad de reformular el sistema de reintegros, resulta conveniente proceder al cambio de su denominación, el que se llamará SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (SUR).

Que en la implementación del nuevo sistema de reintegros los Agentes de Salud deberán acreditar no solo el efectivo pago de la prestación a reintegrar sino también su efectivo cumplimiento.

Que la presente resolución tendrá vigencia para los reintegros de las prestaciones realizadas a partir de la publicación de la misma.

Que atento a ello la Resolución N° 500/2004-APE y sus modificatorias siguen vigentes en forma transitoria, sólo para las prestaciones realizadas en forma previa a la publicación de la presente.

Que la GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA, la GERENCIA DE ASUNTOS JURIDICOS y la GERENCIA GENERAL han tomado la intervención que les compete.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° 1615/96 y N° 1008/12-PEN.

Por ello,

LA SUPERINTENDENTA  
DE SERVICIOS DE SALUD  
RESUELVE:

**Artículo 1°** — LIMITASE la vigencia temporal de las Resoluciones N° 500/04-APE y todas sus modificatorias; N° 1276/02-APE; N° 999/03-APE; N° 6080/03-APE; N° 7800/03-APE; N° 8970/03-APE; N° 9486/03-APE; N° 5656/04-APE; N° 5700/04-APE; N° 7700/04-APE; N° 10060/04-APE; N° 11300/04-APE; N° 17562/2004-APE; N° 5867/2005-APE; N° 6200/05-APE; N° 9000/05-APE; N° 9500/05-APE; N° 9800/05-APE; N° 13333/2005-APE; N° 15000/05-APE; N° 16200/2005-APE; N° 16300/05-APE; N° 350/06-APE; N° 186/06-APE; N° 5000/06-APE; N° 9494/06-APE; N° 1100/2007-APE; N° 6592/2007-APE; N° 16565/2007-APE; N° 18621/07-APE; N° 19133/07-APE; N° 223/2008-APE; N° 6313/2008-APE; N° 24028/2008-APE; N° 16890/2009-APE; N° 2299/10-APE; N° 6800/2010-APE; N° 1915/2010-APE; N° 13453/10-APE que deroga las Resoluciones Nros.: 3000/05-APE; 3070/06-APE; 2500/06-APE y 5600/03-APE; N° 20658/10-APE que deroga las Resoluciones Nros.: 18.621/07-APE y 19.133/07-APE; N° 25300/10-APE que modifica la Resolución N° 5700/04-APE; N° 1650/2011-APE que modifica la Resolución N° 1915/10-APE; N° 5876/2011-APE que modifica la Resolución N° 400/99-APE; N° 24750/11-APE; Resolución N° 10800/2004-APE y concordantes, para la tramitación de los reintegros de las prestaciones realizadas por los Agentes del Seguro, en forma previa a la publicación de la presente.

**Art. 2°** — CREASE el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (S.U.R.) para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro con la modalidad establecida en los ANEXOS I y II para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

**Art. 3°** — APRUEBASE el listado de patologías incorporado como ANEXO III por las cuales los Agentes de Salud podrán solicitar reintegros por prestaciones vinculadas a ellas.

**Art. 4°** — APRUEBASE el listado de patologías incorporado como ANEXO IV por las cuales los Agentes de Salud podrán solicitar reintegros por medicamentos vinculados a ellas.

**Art. 5°** — APRUEBASE el listado de valores máximos a reintegrar por medicamentos incorporado como ANEXO V por los cuales los Agentes de Salud podrán solicitar reintegros.

**Art. 6°** — DEROGASE toda vía de excepción en la tramitación de los reintegros.

**Art. 7°** — INSTRUYASE a la Gerencia General de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para que, con intervención de las áreas técnicas correspondientes en los temas de su competencia, revise el listado de prestaciones y medicamentos incluidos en los Anexos III y IV, a fin de garantizar la continua actualización de los mismos.

**Art. 8°** — El SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (SUR) se realizará según las disponibilidades presupuestarias y las razones de oportunidad, mérito, y conveniencia en tanto el Agente de Salud haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento.

**Art. 9°** — La presente Resolución tendrá vigencia para los reintegros de las prácticas realizadas a partir de la publicación de la misma.

**Art. 10.** — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Liliana Korenfeld.

**ANEXO I**

I. Los Agentes del Seguro de Salud de la República Argentina deberán ingresar al sitio Web del SISTEMA (<http://sur.sssalud.gov.ar>) para efectuar las solicitudes de reintegros y turnos para su atención.

II. Para ingresar, los Agentes deben contar con las credenciales de acceso específicas para el sistema SUR que se solicitaran por ante la Mesa de Entradas.

a. La forma de realizar la solicitud de la nueva clave de acceso o la restitución de la misma deberá contener fotocopia de la designación de autoridades, la firma de la autoridad y el nombre de la persona autorizada para retirar dicha clave.

III. El Agente de Salud deberá aportar la siguiente información para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero en el marco del SISTEMA UNICO DE REINTEGRO, cargando los siguientes datos:

a. Indicar la Normativa que comprende el Reintegro: Anexo III o Anexo IV.

b. Indicar la patología.

c. Ingresar N° de CUIL/CUIT del Beneficiario.

d. Indicar el N° de Afiliado.

e. Indicar los conceptos específicos por prestaciones o medicación.

f. Ingresar los datos de los comprobantes contables y el tipo de comprobante.

IV. La asignación de turnos se realizará desde la misma aplicación en la solapa Turnos. Una vez seleccionada, se desplegará un menú con los días disponibles y se elegirá el conveniente para la Obra Social. Se mostrará por pantalla un comprobante que deberá ser impreso y presentado en la Mesa de Entradas.

V. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a realizar la validación de la información suministrada por el Agente de Salud con la información de los datos del afiliado y su empadronamiento en la respectiva obra social insinuante con el Padrón de Beneficiarios, el Registro de Prestadores, el Registro de las autoridades con mandato vigente y con la información aportada por la ANSES, AFIP, ANMAT y otros organismos públicos.

VI. Cada solicitud de reintegro deberá ser presentada el día del turno asignado con la constancia emitida y nota dirigida a la máxima autoridad de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, suscripta por el representante legal de la entidad solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público.

VII. La solicitud deberá iniciarse con las siguientes declaraciones expresas de aceptación, formuladas por el Agente del Seguro de Salud solicitante:

a. El Agente de Salud solicitante reconoce que el apoyo financiero peticionado no es obligatorio para el SISTEMA UNICO DE REINTEGROS, que éste lo podrá otorgar según las disponibilidades presupuestarias y razones de oportunidad, mérito, y conveniencia en tanto el Agente de Salud haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno en favor del Agente de Salud solicitante.

b. El Agente de Salud acepta que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dispondrá el valor máximo del apoyo financiero a reconocer conforme a los montos que se establezcan al efecto.

c. El Agente de Salud solicitante reconoce que es el único obligado frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindando a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de toda responsabilidad. Incluso si se le asignara prestador y/o proveedor, dicha asignación se tendrá por realizada por cuenta y orden expresa del Agente de Salud.

d. El Agente de Salud solicitante asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del Sistema, sin perjuicio de las que se fijaren a cargo de otras personas y/o prestadores y/o proveedores.

e. El Agente de Salud solicitante acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva del Agente de Salud, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones canalizarse a través del Agente de Salud, no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y/o sus diversas áreas, sin ninguna excepción.

f. El Agente de Salud acepta prestar toda su colaboración, sin oposición, para la realización de auditorías dispuestas por la Superintendencia de Servicios de Salud y brindar toda la información a efectos de llevar a cabo las estadísticas de evaluación de los beneficiarios, como así garantizar la aceptación de la extensión de la auditoría a los prestadores públicos y/o privados y los proveedores que brinden las prestaciones que sean base de la solicitud del SISTEMA UNICO DE REINTEGRO. Para el caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones previstas en el Artículo 42° y concordantes de la Ley 23.661 a cuyo fin el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO extraerá fotocopia certificada y la remitirá al Departamento de Sumarios y Sindicatura.

g. El Agente de Salud declara que en cumplimiento de la Resolución 594/11 ha procedido a verificar la trazabilidad de los medicamentos dispensados a su población beneficiaria conforme el procedimiento metodológico informado a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. En el caso de medicación no alcanzada por la Resolución respectiva, acompañará la certificación de los troqueles por el laboratorio de origen. La falta de cumplimiento dará lugar al rechazo de la insinuación.

h. El Agente del Salud acepta la notificación electrónica de las providencias y resoluciones emitidas en el marco del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS.

VIII. El Agente de Salud deberá indicar en la nota la siguiente información:

a. Nombre y apellido del paciente, edad, domicilio, tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento, nacionalidad y estado civil.

b. Número y tipo de beneficiario.

c. Nombre completo y siglas de la Obra Social y número de inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.

d. Monto solicitado expresado en moneda de curso legal.

e. Dirección de la casilla de correo electrónico en la que se recepcionarán las notificaciones.

f. Los requisitos del ANEXO II de la presente Resolución.

IX. La presentación de la solicitud del apoyo financiero con la documentación que lo sustente, se presentará por la Mesa de Entradas del Sistema Unico de Reintegros, la que procederá a su verificación administrativa, contable, fiscal y prestacional, conforme el ingreso de los datos en el sistema, otorgándole número de expediente a aquellas insinuaciones que contengan toda la documentación respaldatoria o, en su defecto, devolverá el trámite con el requerimiento de los faltantes. Para ingresar las insinuaciones con los faltantes agregados deberá solicitar nuevo turno.

X. El SISTEMA UNICO DE REINTEGROS procederá a enviar a control de legalidad los trámites de expediente de solicitudes completas.

XI. La notificación del otorgamiento se efectuará en forma fehaciente al Agente de Salud. El Agente de Salud que autorice a un mandatario a recibir las notificaciones, deberá cumplimentar los requisitos establecidos en la Resolución N° 9486/03-APE.

XII. La liquidación y pago del reintegro se practicará por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente.

## NORMAS GENERALES

Los Agentes del Seguro de Salud, cuando requieran apoyo financiero con arreglo a la presente Resolución, deberán cumplimentar las normas generales detalladas a continuación:

### I - REINTEGRO DE PRACTICAS:

Para la presentación de las solicitudes de reintegros de prácticas se requiere:

#### 1. Historia Clínica

a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido, número de beneficiario, N° de documento, edad, sexo y categoría del mismo).

b. Diagnóstico.

c. Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.

d. Estudios complementarios que avalen el diagnóstico.

e. Consentimiento informado bilateral.

f. La Historia Clínica firmada y sellada por el médico tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.

g. Prescripción de la práctica firmada y sellada por médico especialista.

h. Lugar y fecha del tratamiento.

#### 2. Parte quirúrgico según corresponda

#### 3. Epicrisis

#### 4. Documentación comercial

a. Original del certificado de implante, avalado con firma y sello del médico auditor.

b. Duplicado de la factura y recibo cancelatorio de la compra del implante o de la prestación del servicio sometido a reintegro firmado por contador y auditor médico del Agente del Seguro.

### 5. TRANSPLANTES

Cuando se trate de prácticas de trasplante los Agentes de Salud deberán tener especialmente en cuenta que:

a. Los prestadores, sean públicos o privados, deberán estar habilitados por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI).

b. El importe por la procuración del Organismo, será solicitado por el INCUCAI, u Organismo Regional, o Jurisdiccional, en caso de ser uno de éstos el actuante, y abonado al mismo por Tesorería de acuerdo a los valores establecidos en la Resolución Ministerial que correspondiere.

c. No se reintegrarán prácticas de trasplantes en el exterior a excepción del caso del trasplante no relacionado de médula ósea a través del INCUCAI.

d. En toda presentación relacionada con pre-trasplantes o trasplantes se deberá adjuntar constancia fehaciente de que el paciente se encuentra incorporado en el SINTRA.

e. Los apoyos financieros respecto de pre-trasplantes y trasplantes se liquidarán y abonarán una vez acreditada fundamentalmente la efectivización de la práctica, adjuntándose a la presentación el protocolo quirúrgico y certificado de implante.

### 6. DISCAPACIDAD HIV Y ADICCIONES

En los casos de Discapacidad, HIV y tratamiento de Adicciones la presentación de los expedientes se realizará en forma semestral.

### 7. INSUMOS Y PROTESIS

Los insumos y/o prótesis deben tener la habilitación reglamentaria de la ANMAT para los productos nacionales y para los importados. Además contarán con la respectiva habilitación de AMBISA FDA y/o ECE. Los proveedores de estos insumos también deben presentar la habilitación correspondiente de ANMAT como fabricante o importadores según correspondiere.

### II - REINTEGRO DE MEDICAMENTOS

1. Para la presentación de las solicitudes de reintegros de medicamentos se requiere que la Historia Clínica contenga:

a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido, número de beneficiario, N° de documento, edad, sexo y categoría del mismo).

b. Diagnóstico.

c. Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades.

d. Estudios complementarios que avalen el diagnóstico.

e. Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada.

- f. Tiempo de tratamiento estipulado.
  - g. Consentimiento informado bilateral.
  - h. Historia Clínica firmada y sellada por el médico tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud
  - i. Prescripción de la medicación que se solicita para reintegro, firmada y sellada por médico especialista afín a la patología.
  - j. Lugar y fecha del tratamiento y de la prescripción.
2. La Receta Médica original deberá contener:
- a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido, número de beneficiario, N° de documento, edad, sexo y categoría del mismo).
  - b. Firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.
  - c. Diagnóstico.
  - d. Fecha de prescripción y de dispensa.
  - e. Firmada y sellada por el responsable de la farmacia.
  - f. Los medicamentos deben estar prescritos de acuerdo a la Ley N° 25.649 por nombre genérico.
  - g. Firmada por afiliado o tercero interviniente, aclaración de firma y DNI.
  - h. Troqueles adheridos a la receta original o el número de GTIN seriado con fecha de vencimiento y lote en el ticket fiscal adjunto a la receta original. En el caso de troqueles adheridos, sólo se aceptarán cuando el medicamento no esté aún trazado.
3. Documentos comerciales.
- a. Certificado original o fotocopia donde figure GLN o CUF de la farmacia o establecimiento de internación responsable de la entrega de la medicación. Firmado y sellado por el auditor responsable de trazabilidad.
  - b. 2.a. Ticket fiscal o factura B de la farmacia o centro de internación adherido a la receta firmada por el beneficiario o tercero (contrato por dispensa y/o administración), deberá contener la siguiente información:
    - i. Razón social de la farmacia o de la institución que suministró los medicamentos.
    - i. Número de CUIT del establecimiento.

- ii. Domicilio del establecimiento.
- iii. GTIN seriado de los medicamentos.
- iv. Vencimiento y lote de los medicamentos.
- c. Original o fotocopia del recibo de pago cancelatorio de la prestación a la Farmacia o a quien emitiera la orden de dispensa o administración firmado por el contador y el auditor médico del Agente del Seguro.
- d. La farmacia dispensadora, sea cual fuere la modalidad del contrato, se hallará dentro de la jurisdicción provincial donde vive o realiza el tratamiento el paciente, coincidente con el domicilio declarado ante la farmacia.

III - AUDITORIA

En todos los casos, la Superintendencia de Servicios de Salud se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.

IV - VALORES DE LA PRESTACION

El Sistema Unico de Reintegro otorgará apoyo financiero a las prestaciones y medicamentos incluidos en el Anexo III y IV hasta el monto máximo que se establece en el Anexo V.

V - REGISTRO DE PRESTADORES

Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a los Agentes del Seguro de Salud para las prácticas mencionadas en la presente resolución, deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. El Sistema Unico de Reintegro no dará curso a solicitudes en los que el prestador o prestadores no cumplieren este requisito.

VI - INFORME DE AUDITORIA MEDICA

El Informe de Auditoría Médica de las prestaciones, será efectuado por el Agente del Seguro al que pertenezca el beneficiario de acuerdo con los procedimientos que tenga implementados, pudiendo esta Superintendencia supervisarlo por intermedio de sus profesionales o disponer que éstos también la efectúen.

VII - CESION DE DERECHO DE COBRO

El Agente de Salud podrá solicitar que se efectúen pagos directos a prestadores y/o proveedores por su cuenta y orden, asumiéndolos como propios.

Para el caso que el Agente de Salud solicitante decida ceder sus derechos a un prestador o proveedor sobre posibles futuros créditos que pudiese tener a su favor por los reintegros solicitados ante el Sistema Unico de Reintegro, se compromete a cumplir los requisitos y condiciones establecidos en la Resolución N° 9486/03-APE.

ANEXO III: PRESTACIONES

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestacion	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Cardiovascular central y periférico	Enfermedad cardiovascular central	Cierre de comunicación interauricular	Cierre percutáneo con dispositivo tipo Amplatzer	Insumo	Ecocardiograma Doppler Color y estudio hemodinámico	Cierre de CIA tipo ostium secundum si: CIA < de 40 mm de diámetro; Fontán fenestrado con prueba de oclusión; presiones pulmonares menores a 50% de las sistémicas; con bordes de por lo menos 4 mm hacia vena cava superior, vena cava inferior, vena pulmonar derecha superior, seno coronario y válvulas AV; sobrecarga volumétrica cavidades derechas.	Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico- estado evolutivo y Diagnóstico de certeza. "Evolución postoperatoria. "Ecodoppler color. "Estudio hemodinámico (si fuera necesario). "Interconsulta con equipo de Cirugía Vasculat que justifique médicamente la necesidad de efectuar el cierre por vía transcatétera (no por cirugía a cielo abierto) firmada y sellada por el Jefe del equipo. "Protocolo quirúrgico del procedimiento firmado y sellado por el cirujano interviniente. "Consentimiento informado firmado por el paciente, familiar o tutor y el médico que realizará el procedimiento.	\$ 40.000,
Cardiovascular central y periférico	Enfermedad cardiovascular central	Insuficiencia cardíaca en espera de trasplante cardíaco (transitorio)	Dispositivo de asistencia ventricular (corazón artificial)	Módulo que incluye la central de asistencia circulatoria, tubos, colocación de los mismos y todos los materiales descartables necesarios	Clinica y exámenes complementarios	Shock cardiogénico refractario con soporte inotrópico a dosis maximas y balón de contrapulsación (si no hay contraindicación) como puente transitorio al trasplante cardíaco.	Documentación médica específica: "Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados por los que se ha llegado al diagnóstico definitivo de shock cardiogénico que requiere sistema de asistencia circulatoria transitoria como puente al trasplante. "Esquemas terapéuticos instituidos con drogas/dosis/ y respuesta. "Las drogas utilizadas para el tratamiento del cuadro de base deben ser a dosis máximas documentando la refractariedad a las mismas. "Documentar la no existencia de causas médicas de exclusión para la indicación del sistema tales como: sepsis sistémica-carcinoma metastásico- Insuficiencia renal con cifras de creatinina superiores a 5mg%-Deterioro neurológico severo-No candidato a trasplante cardíaco "Protocolo quirúrgico del procedimiento de colocación de los tubos venículares firmado y sellado por el cirujano interviniente. "Constancia de alquiler de la consola central y de la bomba propulsora firmada por el Auditor Médico del Agente de Salud. "Consentimiento informado firmado por familiar responsable o tutor legal.	\$ 1.000.000
Cardiovascular central y periférico	Enfermedad cardiovascular central	Insuficiencia cardiovascular de resolución quirúrgica (incluyendo valvulopatías, isquémicas y congénitas)	Materiales descartables para realizar cirugía cardiovascular central con bomba de circulación extracorpórea o estabilizador e insumos varios	Módulo de Cirugía Cardiovascular Central	Clinica y exámenes complementarios	Para pacientes que tengan indicación de cirugía con requerimiento de bomba extracorpórea o estabilizador.	Documentación médica específica: "Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y diagnóstico de certeza de la patología que requiere cirugía central a cielo abierto para su tratamiento. "Documentación médica avalatoria del diagnóstico. "Protocolo quirúrgico firmado y sellado por el médico Cirujano Vasculat interviniente. "Protocolo de bomba de circulación extracorpórea firmado y sellado por técnico perfusionista para cirugía cardíaca. "Consentimiento informado firmado por el paciente, familiar o tutor y el médico que realizará la intervención.	\$ 50.000

Patología	Tecnología	Prestacion	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Miocarditis aguda con disminución de la función ventricular (transitorio)	Dispositivo de asistencia ventricular (corazón artificial)	Módulo que incluye la central de asistencia circulatoria, tubos, colocación de los mismos y todos los materiales descartables necesarios	Insuficiencia cardíaca en fase terminal y miocardiopatía dilatada	Insuficiencia cardíaca en fase terminal, como instancia de espera hasta la recuperación de la función ventricular.	Documentación médica específica: *Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados por los que se ha llegado al diagnóstico definitivo de shock cardiogénico que requiere sistema de asistencia circulatoria como instancia transitoria de espera hasta la recuperación de la función ventricular. *Esquemas terapéuticos instituidos con drogas/dosis/ y respuesta. *Las drogas utilizadas para el tratamiento del cuadro de base deben ser a dosis máximas documentando la refractariedad a las mismas. *Documentar la no existencia de causas médicas de exclusión para la indicación del sistema tales como: sepsis sistémica-carcinoma metastásico- Insuficiencia renal con cifras de creatinina superiores a 5mg%-Deterioro neurológico severo. *Protocolo quirúrgico del procedimiento de colocación de los tubos ventriculares firmado y sellado por el cirujano interviniente. *Constancia de alquiler de la consola central y de la bomba propulsora firmada por el Auditor Médico del Agente de Salud. *Consentimiento informado firmado por familiar responsable o tutor legal.	\$ 1.000.000
Síndrome de Brugada y otras arritmias ventriculares graves	Cardiodesfibrilador mono y bicameral, con electrodos epi o endocardiacos	Insumos	Examen físico, ECG, ecocardiograma, ecocardiograma Doppler, ventriculograma radiológico, estudio electrofisiológico	*Paro cardíaco por fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular (TV) sostenida, hemodinámicamente inestable, después de evaluación para definir origen y de excluir completamente cualquier causa reversible; *Enfermedad cardíaca estructural y TV sostenida espontánea, ya sea hemodinámicamente estable o inestable; *Sincope de origen no determinado con TV o FV clínicamente relevante y sostenida y hemodinámicamente significativa inducida en el estudio electrofisiológico; *Fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) $\leq$ 35% debido a infarto de miocardio (IAM) previo al menos 40 días post-IAM, clase funcional NYHA II o III; *Miocardiopatía dilatada (MCPD) no isquémica con FEVI $\leq$ 35%; *Disfunción ventricular izquierda debido a IAM previo por lo menos 40 días post IAM, FEVI $\leq$ 30%, clase funcional NYHA I; *TV no sostenida debido a IAM previo, FEVI $\leq$ 40%; *TV inducible o FV sostenida en el estudio electrofisiológico; *Significativa disfunción del VI y MCPD no isquémica; *TV sostenida, con función ventricular normal o casi normal; *Displasia del ventrículo derecho arritmogénica/ca TODOS los siguientes: muerte súbita, presumiblemente ca	Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico y diagnóstico firmada por cardiólogo y electrofisiólogo, que avale la indicación. * Certificado de implante con stickers (ver normas) *Protocolo quirúrgico *Consentimiento informado firmado por el paciente/familiar/tutor y el medico que efectua la intervención.	\$ 50.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestacion	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Cardiovascular central y periférico	Enfermedad cardiovascular central	Valvulopatía con alto riesgo quirúrgico	Reemplazo valvular aórtico percutáneo	Insumo y procedimiento de colocación	$\varnothing$ del anillo valvular aórtico entre 20 mm y 27 mm; $\varnothing$ de la aorta ascendente a 30 mm del plano valvular < 45 mm; distancia anillo-únion sinotubular > 14 mm. Estenosis aórtica severa definida por ecocardiografía doppler: área menor a 1 cm <sup>2</sup> , gradiente medio > 40 mmHg y velocidad del jet aórtico > 4 m/seg.	Patología sintomática con imposibilidad de realizar cirugía convencional *CRITERIOS PREDICTORES DE ALTO RIESGO: Infarto de Miocardio agudo o reciente con evidencia de riesgo isquémico determinado por síntomas y/o estudios no invasivos - Angina inestable (CFIII o IV) - Arritmia Significativas: Bloqueo A-V de alto grado- Arritmias Ventriculares sintomáticas- arritmias Supraventriculares con ritmo ventricular no controlado- EPOC (con VEF 1 < 35% del valor de referencia /PaO2 < 60mmHg o PaCO2 > 45 mmHg) -Enfermedad valvular severa- Insuficiencia Renal Crónica en plan de diálisis - Insuficiencia Hepática - Coagulopatía - Tx de Órgano- *Consentimiento informado firmado por el paciente o en su imposibilidad por familiar responsable o tutor y el médico que realizará la cirugía.	Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico y detalle de los exámenes complementarios con los que se arribó al diagnóstico de estenosis aórtica de resolución quirúrgica. *Ecodoppler color y estudio hemodinámico. *Interconsulta con Equipo de Cirugía Vasculat que justifique médicamente la contraindicación de la cirugía a cielo abierto con firma y sello del jefe del equipo. *Documentar la no indicación de la cirugía convencional según criterios predictores de riesgo (VER DETALLE). *Certificado de implante con stickers adheridos original. *Consentimiento informado firmado por paciente/padre/tutor y el médico que indica el procedimiento.	\$ 150.000
Cardiovascular central y periférico	Enfermedad cardiovascular periférico	Aneurisma de aorta abdominal con alto riesgo de tratamiento quirúrgico	Endoprótesis para aneurisma de aorta	Insumos	Ecografía abdominal, ecografía Doppler, tomografía axial computarizada helicoidal, resonancia nuclear magnética, arteriografía, ultrasonografía intravascular	Patología Sintomática con imposibilidad de realizar cirugía convencional.*CRITERIOS PREDICTORES DE ALTO RIESGO: Infarto de Miocardio agudo o reciente con evidencia de riesgo isquémico determinado por síntomas y/o estudios no invasivos - Angina inestable (CFIII o IV) - Arritmia Significativas: Bloqueo A-V de alto grado- Arritmias Ventriculares sintomáticas- Arritmias Supraventriculares con ritmo ventricular no controlado - Enfermedad valvular severa - EPOC (con VEF 1 < 35% del valor de referencia /PaO2 < 60mmHg o PaCO2 > 45 mmHg) - Insuf. Renal Crónica en plan de diálisis - Riñón en herradura -Insuficiencia Hepática - Coagulopatía - Tx de Órgano -Abdomen hostil (cirugías abdominales previas y/o abdomen irradiado).	Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico y detalle de los exámenes complementarios con los que se arribó al diagnóstico-Interconsulta con Equipo de Cirugía Vasculat (original) que justifique médicamente la contraindicación de la cirugía a cielo abierto con firma y sello del jefe del equipo. *Documentar la no indicación de la cirugía convencional según criterios predictores de alto riesgo (VER DETALLE) *Certificado de implante con stickers adheridos original. *Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico que indica el procedimiento. *Consentimiento informado firmado por el paciente o en su imposibilidad por familiar responsable o tutor y el médico que realizará el procedimiento.	\$ 55.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Endócrino y metabólico	Enfermedad metabólica	Diabetes Lábil	Bomba de insulina	Bomba subcutánea de infusión continua	Diabetes Lábil : todo estado de inestabilidad glucémica impredecible y de una severidad tal que conlleva a un significativo e importante compromiso en su calidad de vida frecuentemente asociado a recurrentes y/o prolongadas hospitalizaciones.	Norma ETS-SSSalud Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 El paciente deberá reunir <b>TODOS</b> los siguientes requisitos: 1. Tener suficiente capacidad intelectual para leer, retener la información y realizar los ajustes necesarios en la dosis de insulina. 2. Haber realizado un programa educativo sobre el cuidado en la diabetes. 3. Haber mantenido un programa de inyecciones múltiples, como mínimo tres diarias, con autoajustes frecuentes de la dosis de insulina y haber realizado autocontroles de glucemia, con una frecuencia media de cuatro controles diarios, durante los dos meses previos a la indicación de la bomba, experimentando durante el mismo algunas de las siguientes circunstancias: o Hemoglobina glicosilada > 7,0% o Historia de hipoglucemia recurrente o Amplias variaciones en la glucemia preprandial o Fenómeno del alba con glucemias que superen los 200 mg/dl o Historia de variaciones glucémicas severas Nota: Los requisitos 1 y 2 aluden al paciente o a su cuidador primario. <b>CRITERIOS ESPECIFICOS</b> a) Adultos o niños > 12 años con diabetes tipo I: • Si para mantener niveles de hemoglobina glicosilada req o • Si los niveles de hemoglobina glicosilada se mantienen e b) Niños < 12 años con diabetes tipo I: Como alternativa terapéutica si el tratamiento con múltiples Los niños que utilizan la bomba de insulina deberían somer c) Mujer con diabetes tipo 1 cursando embarazo o planific	Documentación médica específica: *Historia Clínica completa confeccionada por médico especialista en Diabetes, donde conste la fundamentación médica con su correspondiente documentación, de la necesidad de utilización de la bomba de infusión subcutánea continua de insulina (ver fundamentos terapéuticos). *Certificado de implante con los stickers pegados (ver normas generales) firmado y sellado por el Diabetólogo que indicó la bomba. *El reintegro será considerado por esta Superintendencia solo para los casos detallados en fundamentos terapéuticos. *Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico que indicó la colocación de la bomba.	\$ 40.000
Endócrino y metabólico	Enfermedad metabólica	Obesidad mórbida con criterios de cirugía	Cirugía bariátrica	Módulo quirúrgico	Anamnesis, examen físico, IMC, laboratorio	Resolución 742/2009 MS: Edad 21- 65 años, Índice de Masa Corporal mayor de 40 kg/m2. Padecimiento de obesidad de más de 5 años documentado, riesgo quirúrgico aceptable, antecedentes de fracaso de otros métodos en los 2 años previos, no adicción a drogas ni alcohol, aceptación y deseo del procedimiento y de la evaluación por el equipo multidisciplinario, estabilidad psicológica, comprensión del tratamiento y visión positiva del mismo, consentimiento informado, disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante, buena relación médico-paciente.	Documentación médica específica: *Historia clínica con interconsultas multidisciplinarias (nutrición, endocrinología, psiquiatría y psicología). *Evaluación por equipo de cirugía bariátrica con prescripción precisa del procedimiento firmado y sellado por el jefe del equipo. *Protocolo quirúrgico *Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico cirujano. Evaluaciones periódicas multidisciplinarias-	\$ 30.000
Endócrino y metabólico	Enfermedad metabólica	Obesidad mórbida con criterios de cirugía	Cirugía reparadora post bariátrica	Módulo quirúrgico	Prescripción médica, evaluación prequirúrgica, resumen de Historia Clínica donde conste: Calcemia, Hepatograma, Proteínograma, ECG, Rx tórax, curva de peso estable (en meseta) de por lo menos 6 meses, post cirugía bariátrica, informe Médico Clínico, Informe Médico Nutricionista, Informe Médico Endocrinólogo (si fuera necesario), Informe Médico Psiquiatra o Psicólogo.	1. Panículo que cuelga por debajo del nivel del pubis (documentado por fotografías) más una de las siguientes situaciones: a). erupciones recurrentes o crónicas, infecciones, celulitis o úlceras que no cicatrizan, que no responden al tratamiento convencional para un período de 3 meses debidamente documentadas, o b). hay dificultades para la deambulación e interferencia con las actividades de la vida diaria debidamente documentadas; 2. síntomas o deterioro funcional que persisten a pesar de una pérdida significativa de peso, el cual se ha mantenido estable durante al menos 3 meses o no han tenido éxito intentos de pérdida de peso bien documentados (dieta con supervisión médica o cirugía bariátrica); 3. Antecedente de cirugía bariátrica, encontrándose el individuo, por lo menos, en los 18 meses del post operatorio o con peso estable documentado durante al menos 6 meses.	Documentación médica específica: *Resumen de Historia clínica- *Interconsulta con el equipo de cirugía plástica y reparadora con indicación de reparación de colgajos, firmada y sellada por médico tratante. *Protocolo quirúrgico. *Evoluciones con seguimiento multidisciplinario. *Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico cirujano-	\$ 30.000
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA)	Módulo seguimiento paciente HIV	Examen de laboratorio y/o prácticas y/o seguimiento por médico tratante	Dos pruebas por método ELISA positivas, sumadas a una prueba confirmatoria por metodología de Western Blot	Paciente con diagnóstico confirmado de HIV/SIDA	Documentación médica específica: *Historia clínica. *Informe de auditoría donde conste la práctica solicitada *Laboratorio actualizado (CD4 y carga viral). *Esquema terapéutico actual. *Ficha notificación ante Ministerio de Salud	\$ 500

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Afección multiorgánica	Gran quemado	Tratamiento del gran quemado	Módulo de atención clínico -quirúrgica que incluye todos los insumos y materiales descartables necesarios	Quemaduras > 25% de la superficie corporal con o sin compromiso de la vía aérea y quemaduras eléctricas con repercusión orgánica o funcional	Quemaduras > 25% de la superficie corporal con o sin compromiso de la vía aérea y quemaduras eléctricas con repercusión orgánica o funcional	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle de las zonas de la superficie corporal comprometida y cálculo del porcentaje; tipo de quemadura según profundidad. *Detalle de compromiso de la vía aérea (si está comprometida). *Estrategia terapéutica implementada. *Informe de la evolución del paciente en función del tiempo. *Protocolos de las curaciones en quirófano. *Informe del porcentaje de la superficie comprometida y tipo de quemadura al ingreso y evolución del paciente al momento de la presentación del trámite de reintegro confeccionado por el Auditor Médico del Agente de Salud firmado y sellado. El reintegro tendrá una vigencia de 30 días-	\$ 2.500 (por día)
Multisistémico	Deficiencia organo-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en institución especializada	Centro de día	Resolución N° 428/99 MSyAS	Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovivimiento e independencia posible en una persona con discapacidad-Población: Niños-Jóvenes-y/o adultos con diagnóstico funcional severo y/o profundo y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida-Prestación Institucional: Centros de Día -Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada simple de 4 horas diarias, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado y a la región donde se desarrolla	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). *Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800
Multisistémico	Deficiencia organo-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en institución especializada	Centro de día: jornada doble	Resolución N° 428/99 MSyAS	Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovivimiento e independencia posible en una persona con discapacidad-Población: Niños-Jóvenes-y/o adultos con diagnóstico funcional severo y/o profundo y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida-Prestación Institucional: Centros de Día -Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada doble de 8 horas diarias, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado y a la región donde se desarrolla	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). *Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en institución especializada	Hospital de día	Resolución N° 428/99 MSyAS	Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media con un objetivo terapéutico de recuperación. Población: pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras, sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación- Patologías: las previstas en la Clasificación Internacional de deficiencias, Discapacidades, Minusvalías de la OMS, con determinación establecida por la Junta Evaluadora Competente del Organismo incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas- No comprende la atención de Hospitales de Día Psiquiátricos -Prestación Institucional: Clínicas o Sanatorios de rehabilitación -Hospitales con servicios de Rehabilitación- Centros de Rehabilitación- Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada simple de 4 horas de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). * Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en institución especializada	Hospital de día: jornada doble	Resolución N° 428/99 MSyAS	Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media con un objetivo terapéutico de recuperación. Población: pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras, sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación- Patologías: las previstas en la Clasificación Internacional de deficiencias, Discapacidades, Minusvalías de la OMS, con determinación establecida por la Junta Evaluadora Competente del Organismo incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas- No comprende la atención de Hospitales de Día Psiquiátricos -Prestación Institucional: Clínicas o Sanatorios de rehabilitación -Hospitales con servicios de Rehabilitación- Centros de Rehabilitación- Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada doble de 8 horas de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). * Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en institución especializada	Centro educativo terapéutico	Resolución N° 428/99 MSyAS	Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo-Dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad ( mental-sensorial o motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades - Asimismo comprende el apoyo específico de aquellas discapacidades cuyo nivel de recuperación no les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera- Población: discapacitados mentales ( psicóticos-autilistas), lesionados neurológicos parálisis cerebrales, discapacidades mixtas, etc. a partir de los 4 años de edad -Prestación Institucional: centro educativo terapéutico- Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada simple de 4 horas - Cuando el CET funcione como apoyo específico de los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contraluzo concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). * Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en institución especializada	Centro educativo terapéutico: jornada doble	Resolución N° 428/99 MSyAS	Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo-Dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad ( mental-sensorial o motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades - Asimismo comprende el apoyo específico de aquellas discapacidades cuyo nivel de recuperación no les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera- Población: discapacitados mentales ( psicóticos-autilistas), lesionados neurológicos parálisis cerebrales, discapacidades mixtas, etc. a partir de los 4 años de edad -Prestación Institucional: centro educativo terapéutico- Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada doble de 8 horas - Cuando el CET funcione como apoyo específico de los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contraluzo concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). * Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en institución especializada	Centro de estimulación temprana: jornada simple	Resolución N° 428/99 MSyAS	Estimulación Temprana es el proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño portador de una discapacidad- Población: niños discapacitados de 1 a 5 años( hasta el año la cobertura es por PMO)-Prestación Institucional: Centro de estimulación Temprana específicamente acreditado para ese tipo de servicio y equipos interdisciplinarios que presenten un plan común de intervenciones-	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). * Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800
	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en institución especializada	Atencion ambulatoria integral simple o intensiva	Resolución N° 428/99 MSyAS	Atencion ambulatoria. a) Definición: Esta destinada a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación; b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías-OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas; c) Prestación Institucional: Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación, Hospitales con Servicios de Rehabilitación, Consultorios de rehabilitación de Hospitales, Clínicas o Sanatorios polivalentes, Centros de Rehabilitación, Consultorio Particular. d) Modalidad de cobertura: a) Módulo de tratamiento integral intensivo: comprende semana completa (5 días). b) Módulo por tratamiento integral simple: incluye periodicidades menores a 5 días semanales. Comprende los siguientes tipos de atención: Fisioterapia-Kinesioterapia, Terapia ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, y otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente. La atención ambulatoria debe ser	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. * Certificado de discapacidad (según Ley). * Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de módulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la rehabilitación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del paciente y si se traslada con acompañante). * Valoración del nivel de dependencia por alguna de las escalas consensuadas (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada \$3.800 *Módulo de atención ambulatoria en institución especializada para pacientes dependientes totales \$5.130 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnóstico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en domicilio	Atención ambulatoria domiciliar con prestación educativa	Discapacidad con imposibilidad de traslado a un Centro Especializado de Rehabilitación	Atención ambulatoria. a) Definición: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que no puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación, con el objetivo de mantener al paciente en su medio familiar rodeado de sus afectos y pertenencias, en su hábitat conocido, evitando la institucionalización que favorece las infecciones intrahospitalarias que agregan un efecto deletéreo en la salud del paciente - ; b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías-OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas; c) Prestación Institucional: Instituciones acreditadas a tal fin : a) Módulo mensual de atención ambulatoria en domicilio incluye los siguientes tipos de atención: Consultas médicas clínicas y de especialidades -Fisioterapia-Kinesiología, Terapia ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, y alguna prestación educativa(EJ. maestro de apoyo) y /u otros tipos de atención reconocidos	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según ley correspondiente). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector a cargo de la rehabilitación en domicilio (con detalle de: nombre de la institución, domicilio legal del efector, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del personal al domicilio) . *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en domicilio \$18.000. *Módulo de atención ambulatoria en domicilio para pacientes dependientes totales \$24.300.
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención ambulatoria en domicilio	Atención ambulatoria domiciliar sin prestación educativa	Discapacidad con imposibilidad de traslado a un Centro Especializado de Rehabilitación	Atención ambulatoria. a) Definición: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que no puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación, con el objetivo de mantener al paciente en su medio familiar rodeado de sus afectos y pertenencias, en su hábitat conocido, evitando la institucionalización que favorece las infecciones intrahospitalarias que agregan un efecto deletéreo en la salud del paciente - ; b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías-OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas; c) Prestación Institucional: Instituciones acreditadas a tal fin : a) Módulo mensual de atención ambulatoria en domicilio incluye los siguientes tipos de atención: Consultas médicas clínicas y de especialidades -Fisioterapia-Kinesiología, Terapia ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía y/u otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente. La atención ambulatoria debe estar indicada	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según ley correspondiente). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector a cargo de la rehabilitación en domicilio (con detalle de: nombre de la institución, domicilio legal del efector, domicilio de atención, modalidad de atención y cronograma de los horarios de concurrencia del personal al domicilio) . *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención ambulatoria en domicilio \$18.000. *Módulo de atención ambulatoria en domicilio para pacientes dependientes totales \$24.300
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención en internación	Atención en internación con requerimiento de UTI	Resolución N° 428/99 MSyAS	Aplicable a pacientes que han superado exitosamente episodios agudos y/o reagudizaciones de su enfermedad de base, que estén hemodinámicamente estables, que estén en condiciones clínicas de soportar un tratamiento de rehabilitación y que tengan posibilidad de recuperación de las funciones perdidas	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la internación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención en internación \$23.000 *Módulo de atención en internación para dependiente total \$31.050

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnóstico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo de atención en internación	Atención en internación sin requerimiento de UTI	Resolución N° 426/99 MSyAS	Aplicable a pacientes que han superado exitosamente episodios agudos y/o reagudizaciones de su enfermedad de base, que estén hemodinámicamente estables, que estén en condiciones clínicas de soportar un tratamiento de rehabilitación y que tengan posibilidad de recuperación de las funciones perdidas	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector donde se llevara a cabo la internación (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo de atención en internación \$23.000 *Módulo de atención en internación para dependientes totales \$31.050
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención y tipo de atención especializada que ofrece) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar con alojamiento permanente	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención y tipo de atención especializada que ofrece) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar con Centro Educativo Terapéutico	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento lunes a viernes - Combina prestaciones de Centro Educativo terapéutico	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar con Centro Educativo Terapéutico con alojamiento permanente	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente - Combina prestaciones de Centro Educativo terapéutico	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$5.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar con educación inicial	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes - Combina prestaciones educativas de educación inicial	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar con educación inicial con alojamiento permanente	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente - Combina prestaciones educativas de educación inicial	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar con educación general básica	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes - Combina prestaciones educativas de educación básica general	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar con educación general básica con alojamiento permanente	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente - Combina prestaciones educativas de educación básica general	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar con formación laboral	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento Lunes a Viernes Combina prestaciones educativas del tipo de formación y/o capacitación laboral	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala consensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Hogar con formación laboral con alojamiento permanente	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños-adolescentes-jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad - Prestación Institucional: hogares Modalidad de cobertura: alojamiento permanente - Combina prestaciones educativas del tipo de formación y/ o capacitación laboral	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala concensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Pequeño hogar	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños discapacitados a partir de los 3 años de edad, de ambos sexos, con un tipo y grado de discapacidad similar que les permita convivir en este sistema - Prestación Institucional: Pequeños Hogares_ Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala concensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800 *En caso de requerirse traslado, se adicionará al valor del módulo el monto de \$2.800
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Pequeño hogar permanente	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales ( vivienda-alimentación y atención especializada) para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Este último caso será evaluado por Auditoría - Población: niños discapacitados a partir de los 3 años de edad, de ambos sexos, con un tipo y grado de discapacidad similar que les permita convivir en este sistema - Prestación Institucional: Pequeños Hogares_ Modalidad de cobertura: alojamiento permanente	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala concensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Residencia	Resolución N° 428/99 MSyAS	Esta unidad habitacional destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas- Población: personas discapacitadas entre los 18 y 65 años, de ambos sexos, que les permita convivir en ese sistema- Asimismo podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad - Modalidad de cobertura: alojamiento de Lunes a Viernes	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala concensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$8.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$10.800
Multisistémico	Deficiencia organico-funcional	Discapacidad	Módulo discapacidad crónica (sin familia continente)	Residencia permanente	Resolución N° 428/99 MSyAS	Es la unidad habitacional destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas- Población: personas discapacitadas entre los 18 y 65 años, de ambos sexos, que les permita convivir en ese sistema- Asimismo podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad - Modalidad de cobertura: alojamiento permanente	Documentación médica específica: * Resumen de historia clínica con diagnóstico de la patología discapacitante. *Certificado de discapacidad (según Ley). *Informe del Auditor Médico del Agente de Salud donde conste: nombre y apellido del beneficiario, diagnóstico, fecha de vencimiento del certificado de discapacidad, tipo de modulo solicitado, efector (con detalle de: nombre de la institución, domicilio de atención) *Valoración del nivel de dependencia del paciente por alguna escala concensuada (ejemplo FIM o BARTHEL).	Reintegro: *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) \$6.000 *Módulo discapacidad crónica (sin familia continente) con pacientes dependientes totales \$ 8.100
Multisistémico	Enfermedad oncológica	Cancer de próstata	Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)	Módulo unico	Anatomía patológica y estadificación	Cáncer de próstata no metastásico cuando es el tratamiento primario para dosis progresiva > 75 Gy y en el período post-operatorio a una dosis de al menos 6300 cGy.	Documentación médica específica: *Historia clínica e informe de los estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico confeccionada por el médico especialista en Urología. *Indicación de tratamiento con radioterapia de intensidad modulada firmado y sellado por el urólogo tratante. *Protocolo de la IMRT con dosis total firmado y sellado por el médico radioterapeuta que planificó la radioterapia. *Se reconocerá reintegro en el contexto de los fundamentos terapéuticos detallados en la columna correspondiente.	\$ 50.000
Multisistémico	Enfermedad oncológica	Cancer en region de cabeza y cuello	Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)	Módulo unico	Anatomía patológica y estadificación	Cáncer de cavidad oral y labios, laringe, hipofaringe, orofaringe, nasofaringe, senos paranasales y de cavidad nasal, glándulas salivales y cánceres primarios ocultos en cabeza y región del cuello, con la excepción de los individuos con cáncer de laringe etapa (estadio I y II).	Documentación médica específica: *Historia clínica e informe de los estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico confeccionada por el médico especialista en Urología-Indicación de tratamiento con radioterapia de intensidad modulada firmado y sellado por el urólogo tratante. *Protocolo de la IMRT con dosis total firmado y sellado por el médico radioterapeuta que planificó la radioterapia. *Se reconocerá reintegro en el contexto de los fundamentos terapéuticos detallados en la columna correspondiente.	\$ 50.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad oncológica	Cancer en region máxilo-facial	Prótesis mandibular completa	Módulo de insumos y materiales descartables	Anatomía patológica e indicación de cirugía	Prescripción del oncólogo y cirujano	Documentación médica específica: * Historia clínica. *Radiografía. *Biopsia. *Protocolo quirúrgico. *Certificado de implante con sticker. *Consentimiento informado firmado por médico tratante y paciente/familiar/tutor. *Protocolo quirúrgico	\$ 80.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Enfermedad cardio respiratoria	Transplante cardio pulmonar	Módulo Transplante	Síndrome de Eisenmenger, hipertensión pulmonar primaria, hipertensión pulmonar trombogénica, fibrosis quística, bronquiectasias, histiocitosis, sarcoidosis, otras lesiones destructivas del pulmón	Síndrome de Eisenmenger, hipertensión pulmonar primaria, hipertensión pulmonar trombogénica, fibrosis quística, bronquiectasias, histiocitosis, sarcoidosis, otras lesiones destructivas del pulmón	Documentación médica específica: *Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. *Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. *Para Transplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. *Constancia de inscripción en lista de espera oficial. *Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. *No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. *Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 200.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Enfermedad hepática grave	Transplante hepático	Módulo Transplante	Insuficiencia hepática	Insuficiencia hepática	Documentación médica específica: *Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. *Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. *Para Transplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. *Constancia de inscripción en lista de espera oficial. *Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. *No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. *Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 200.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Enfermedad pulmonar grave	Transplante pulmonar	Módulo Transplante	Insuficiencia respiratoria refractaria a tratamientos convencionales	Insuficiencia respiratoria refractaria a tratamientos convencionales	Documentación médica específica: *Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. *Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. *Para Transplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. *Constancia de inscripción en lista de espera oficial. *Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. *No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. *Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 200.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Enfermedad renal terminal con insuficiencia cardíaca	Transplante cardiorenal	Módulo Transplante	Enfermedad renal terminal con insuficiencia cardíaca	Enfermedad renal terminal con Insuficiencia cardíaca	Documentación médica específica: *Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. *Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. *Para Transplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. *Constancia de inscripción en lista de espera oficial. *Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. *No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. *Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 200.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Insuficiencia cardíaca sin respuesta	Transplante cardíaco	Módulo Transplante	Insuficiencia cardíaca terminal refractaria a tratamiento médico o quirúrgico	Insuficiencia cardíaca terminal refractaria a tratamiento médico o quirúrgico	Documentación médica específica: *Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. *Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. *Para Transplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. *Constancia de inscripción en lista de espera oficial. *Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. *No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. *Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 160.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Insuficiencia hepática y renal	Transplante hepato renal	Módulo Transplante	Insuficiencia hepática y renal	Insuficiencia hepática y renal	Documentación médica específica: *Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el transplante. *Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. *Para Transplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. *Constancia de inscripción en lista de espera oficial. *Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. *No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. *Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 200.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Insuficiencia renal terminal	Transplante renal	Módulo Transplante	Insuficiencia renal terminal	Insuficiencia renal terminal	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el trasplante. "Protocolo quirúrgico y Certificado del Implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 55.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Insuficiencia renal terminal más diabetes	Transplante reno pancreático	Módulo Transplante	Insuficiencia renal terminal más diabetes	Insuficiencia renal terminal más diabetes	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el trasplante. "Protocolo quirúrgico y Certificado del Implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 200.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Mala absorción y/o intestino muy corto grave	Transplante Intestinal	Módulo Transplante	Insuficiencia renal terminal más diabetes	Insuficiencia renal terminal más diabetes	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el trasplante. "Protocolo quirúrgico y Certificado del Implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 200.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.	Búsqueda internacional (donante no relacionado)	Módulo Pre-Transplante de médula ósea	La activación de los procesos de búsqueda, la realización de los estudios de enfermedades infecciosas y de histocompatibilidad, los estudios confirmatorios de HLA y de alta resolución del paciente y de donantes seleccionados se efectuarán según normativas del INCUCAI	La activación de los procesos de búsqueda, la realización de los estudios de enfermedades infecciosas y de histocompatibilidad, los estudios confirmatorios de HLA y de alta resolución del paciente y de donantes seleccionados se efectuarán según normativas del INCUCAI	Documentación médica específica: "Historia clínica y hematológica completa, con diagnóstico y valoración de otros donantes. Fundamentación médica de la necesidad de búsqueda internacional, firmada y sellada por hematólogo interviniente. Autorización y validación del INCUCAI	\$ 35.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.	Transplante médula ósea autólogo	Módulo Transplante	Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.	Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el trasplante. "Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 170.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.	Transplante médula ósea alogeno	Módulo Transplante	Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.	Patologías hematológicas/ oncológicas/ hereditarias/ inmunológicas/ etc.	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el trasplante. "Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 220.000
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Trastorno metabólico/ Diabetes y/o insuficiencia pancreática grave	Transplante de páncreas	Módulo Transplante	Diabetes en fase evolutiva avanzada: nefropatía, neuropatía y retinopatía	Diabetes en fase evolutiva avanzada: nefropatía, neuropatía y retinopatía	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico de certeza de la patología que generó el trasplante. "Protocolo quirúrgico y certificado del implante firmados y sellados por el cirujano Trasplantólogo interviniente. "Para Trasplante de médula ósea presentar el protocolo del procedimiento de infusión firmado y sellado por el profesional especialista interviniente. "Constancia de inscripción en lista de espera oficial. "Constancia del Registro de pacientes Trasplantados del INCUCAI. "No se reconocerán trasplantes realizados en el exterior. "Tanto la Institución como el equipo de Transplante deberán estar habilitados por el INCUCAI.	\$ 200.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Amputación	Amputación miembro inferior	Prótesis para desarticulación de cadera con unidades de cadera y de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos	Módulo prótesis externa	Tratamiento desarticulación de cadera	Para pacientes hasta 60 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos, que ya hayan cumplido el tratamiento pre-protésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica	Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación/desarticulación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatría, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la Institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y entrenamiento en el uso.	\$ 120.000
Músculo esquelético	Amputación	Amputación miembro inferior	Prótesis para amputación de miembro inferior sobre rodilla con rodillas controladas por microprocesadores	Módulo prótesis externa	Tratamiento amputación supracondilea de miembro inferior	Para pacientes hasta 50 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos, que ya hayan cumplido el tratamiento pre-protésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica	Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatría, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la Institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y entrenamiento en el uso.	\$ 28.000
Músculo esquelético	Amputación	Amputación miembro inferior	Prótesis para amputación supracondilea de miembro inferior con unidades de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos	Módulo prótesis externa	Tratamiento amputación de miembro inferior supracondilea	Para pacientes hasta 50 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos que ya hayan cumplido el tratamiento pre-protésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica	Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatría, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la Institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y entrenamiento en el uso.	\$ 80.000
Músculo esquelético	Amputación	Amputación miembro inferior	Prótesis para amputación bajo rodilla con módulos y pie en fibra de carbono, conos de siliconas, sistemas de vacío mediante bomba expulsora	Módulo prótesis externa	Tratamiento de amputación del miembro inferior bajo rodilla	Para pacientes hasta 50 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos, que ya hayan cumplido el tratamiento pre-protésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica	Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatría, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la Institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y entrenamiento en el uso.	\$ 40.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Amputación	Amputación miembro superior	Prótesis para amputación de miembro superior bajo codo con mano mioeléctrica	Módulo prótesis externa	Tratamiento de amputación de miembro superior bajo codo	Amputación o pérdida del miembro a nivel de la muñeca o más arriba; imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria; preservación, en el muñón, de un umbral de microvollos suficiente para permitir el correcto funcionamiento de la prótesis; función neurológica, mioeléctrica y cognitiva suficiente para manejar el dispositivo; ausencia de comorbilidades que podrían interferir con el mantenimiento de la función de la prótesis; desempeño de actividades en un entorno que no inhiba la función de la prótesis (por ejemplo, un ambiente húmedo o descargas eléctricas que puedan afectar el aparato); superación de una prueba de control para ser considerado candidato.	Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatría, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la Institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y uso.	\$ 140.000
Músculo esquelético	Amputación	Amputación miembro superior	Prótesis para amputación de miembro superior sobre codo con codo y mano mioeléctrica	Módulo prótesis externa	Tratamiento amputación de miembro superior bajo codo	Para pacientes de hasta 60 años con amputación de miembro superior sobre codo.	Documentación médica específica: "Historia clínica con descripción de la patología de base que concluyó en la amputación del miembro. "Protocolo quirúrgico. "Indicación del tipo de prótesis externa adecuada confeccionada por médico especialista en Fisiatría, donde consten los detalles técnicos que permitan la evaluación (ni marcas ni modelos) firmada y sellada por el médico especialista que la indica y avalada por el Director de la Institución ya sea pública o privada. "Informe del Fisiatra de la aceptación de la prótesis según los detalles obrantes en el pedido original. "Conformidad del afiliado de la adecuación de la prótesis, su rehabilitación y uso.	\$ 280.000
Músculo esquelético	Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa	Enfermedad articular o sistémica	Prótesis de revisión de cadera, rodilla y hombro (FDA o EMEA)	Módulo de insumos y materiales descartables	Hemograma, eritrosedimentación, proteína C reactiva, centellograma óseo con marcadores para infección, punción de la articulación con cultivo y antibiograma.	Artroplastia de Cadera: aflojamiento séptico (sustentado por punciones articulares), aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótésicas, luxaciones recidivantes, osteólisis localizadas. Artroplastia de Rodilla: aflojamiento séptico, aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótésicas. Artroplastia de Hombro: aflojamiento séptico, aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótésicas. Constancia de no existencia prótesis de similar nacional	Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados. "Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de Implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales). "En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando la artroplastia. "La solicitud de la prótesis deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una Institución privada. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.	Precio a reintegrar Módulo Traumatología-Reemplazos articulares: \$40.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa	Enfermedad articular o sistémica	Prótesis de revisión de cadera y rodilla (Nacional/Mercosur)	Módulo de insumos y materiales descartables	Hemograma, eritrosedimentación, proteína C reactiva, centellograma óseo con marcadores para infección, punción de la articulación con cultivo y antibiograma.	Artroplastia de Cadera: aflojamiento séptico (sustentado por punciones articulares), aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótésicas, luxaciones recidivantes, osteólisis localizadas. Artroplastia de Rodilla: aflojamiento séptico, aflojamiento mecánico, fracturas peri-prótésicas.	Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados. *Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. *Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales). *En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando la artroplastia. *La solicitud de la prótesis deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la institución ya sea un hospital público o una institución privada. *Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.	Precio a reintegrar Módulo Traumatología-Reemplazos articulares: \$15.000
Músculo esquelético	Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa	Enfermedad articular o sistémica	Reemplazo primario: Prótesis de cadera, rodilla, hombro, tobillo (FDA o EMEA)	Módulo de insumos y materiales descartables	Hemograma, eritrosedimentación, proteína C reactiva, Evaluación prequirúrgica.	Artroplastia de Cadera: Pacientes portadores de una articulación dañada, en quienes fracasó el tratamiento conservador y por lo tanto continúan con sintomatología que afecta su calidad de vida. a.1) Parcial: fractura medial de cadera, pacientes añosos en regular o mal estado general, baja demanda funcional. a.2) Total: fractura medial de cadera, pacientes menores de 80 años en buen estado general, buena demanda funcional, artrosis, artritis reumatoide, artritis autoinmunes, necrosis aséptica de cadera, displasia de cadera. Artroplastia de Rodilla: artrosis severa, > 55 años con artrosis tricompartmental e inestabilidad agregada demostrada por radiología y RMN, < 55 años en los que no sea posible corregir el desaje mediante osteotomía, o bien que dicha osteotomía haya fracasado y las posibilidades de recuperación de la movilidad en el post operatorio sean superiores al estado general preoperatorio, avalado, esto último, por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación o Fisiatra, artritis reumatoide, osteonecrosis, genu varo/valgo, artritis autoinmunes. Artroplastia de Hombro:	Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados. *Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. *Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales). *En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando la artroplastia. *La solicitud de la prótesis deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la institución ya sea un hospital público o una institución privada. *Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.	Precio a reintegrar Módulo Traumatología-Reemplazos articulares: \$25.000
Músculo esquelético	Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa	Enfermedad articular o sistémica	Prótesis no convencional de cadera, rodilla, hombro (FDA o EMEA)	Módulo de insumos y materiales descartables	Lesiones tumorales benignas o malignas y, en particular, con pérdidas de hueso, que no puedan ser solucionados con otros procedimientos quirúrgicos o injertos óseos	Lesiones tumorales benignas o malignas y, en particular, con pérdidas de hueso, que no puedan ser solucionados con otros procedimientos quirúrgicos o injertos óseos	Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados. *Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. *Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales). *En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando la artroplastia. *La solicitud de la prótesis deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la institución ya sea un hospital público o una institución privada. *Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.	Precio a reintegrar Módulo Traumatología-Reemplazos articulares: \$100.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa	Enfermedad de la columna	Sistema de fijación de columna (Nacional/Mercosur)	Módulo de insumos y materiales descartables	Imágenes e indicación por médico especialista	Para las prótesis discales, a nivel de los segmentos más bajos de la columna lumbosacra; para las patologías tumorales y traumáticas como las fracturas de tipo A3 (tipo Burst o estallido) y los dobles abordajes (anterior-posterior / posterior-anterior), ya sea en forma sucesiva o simultánea; en las fracturas de tipo C, con lesión de las tres columnas de Denis, dependiendo de la indicación de patologías asociadas (traumatismos de tórax, EPOC, obesidad) edad del paciente, tipo de tarea laboral que desempeñe, etc.; para las patologías tumorales. Interspinales: PEEK y titanio: estenosis lumbares, dolor lumbar de origen discal (enfermedad discal degenerativa, síndrome facetario, 2° discectomía tras una recidiva de la hernia discal, discectomías con hernias discales masivas que conducen a una reducción sustancial del material discal lumbar, degeneración discal en el nivel adyacente a una artrodesis previa. La utilización de más de tres interspinales se encuentra contraindicada según protocolos internacionales (FDA), al igual que su implantación por encima de L2. Set para vertebroplastia p	Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados. *Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. *Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales). *La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la institución ya sea un hospital público o una institución privada. *En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando el procedimiento. *Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.	Precio a reintegrar Módulo Traumatología-columna: \$35.000
Músculo esquelético	Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa	Enfermedad de la columna	Fijación simple y discos: discos cervicales y lumbares, cifoplastia, instrumentación de columna hasta 4 niveles, fijación de columna cervical y lorco lumbar por vía anterior (FDA o EMEA)	Módulo de insumos y materiales descartables	Imágenes e indicación por médico especialista	Tomillos pediculares: sistema diseñado para anclarse al pedículo y al cuerpo y que puede solidarizarse en forma multipunto a través de barras. 2 (dos) por cada nivel, solo se reintegrará el valor de importado en patología pediátrica. Cages intersomáticos para columna cervical: artrodesis circunferencial de 360 grados, 1 (uno) por nivel para la resolución de la patología; el uso de 2 (dos) por nivel debe ser bien justificado. Celdas para corporectomía (tipo mesh): indicado su utilización en resecciones vertebrales amplias. Cifoplastia: indicada en fracturas vertebrales con ligamento longitudinal posterior intacto, procesos agudos, osteoporosis, tumores, mieloma, etc. Placas cervicales con tomillos de bajo perfil bloqueadas: sistemas de fijación vertebral para columna cervical, en discectomías, canal estrecho, fracturas, etc. Mini placas de maxilofacial para laminoplastia: a. Osificación del ligamento longitudinal posterior en varios niveles, con el mantenimiento de la lordosis cervical, b. Estenosis congénita del canal con el mantenimiento de la lordosis cervical, c. Espondilosis cervical en varios niveles, compr	Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados. *Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. *Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pegados (ver normas generales). *La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la institución ya sea un hospital público o una institución privada. *En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando el procedimiento. *Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.	Precio a reintegrar Módulo Traumatología-columna: \$35.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa	Enfermedad de la columna	Fijación compleja: Instrumentación de columna lumbar de mas de 4 niveles o sistema de fijación cervical por vía posterior, incluyendo la placa occipital (FDA o EMEA)	Módulo de insumos y materiales descartables	Imágenes e indicación por médico especialista	Inestabilidades de la región occipito-cervical y columna cervical superior: artritis reumatoidea, malformaciones, inestabilidades postraumáticas, tumores, infecciones. Inestabilidades de la columna cervical baja: artritis reumatoidea, malformaciones, inestabilidades postraumáticas, tumores, infecciones	Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados."Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pagados (ver normas generales). "La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una Institución privada."En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando el procedimiento. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.	Precio a reintegrar Módulo Traumatología-columna \$50.000
Músculo esquelético	Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa	Escoliosis del niño y/o del adulto	Instrumentación de columna para escoliosis (FDA o EMEA)	Módulo de insumos y materiales descartables	Imágenes e indicación por médico especialista	Tomillos pediculares: sistema diseñado para anclarse al pedículo y al cuerpo y que puede solidarizarse en forma multipunto a través de barras. 2 (dos) por cada nivel, solo se reintegrará el valor de importado en patología pediátrica. Cages intersomáticos para columna cervical: artrodesis circunferencial de 360 grados, 1 (uno) por nivel para la resolución de la patología; el uso de 2 (dos) por nivel debe ser bien justificado.	Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados."Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pagados (ver normas generales). "La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una Institución privada. "En caso de pacientes portadores de patologías de origen reumático se deberá presentar un informe confeccionado por médico especialista en Reumatología avalando el procedimiento. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.	Precio a reintegrar Módulo Traumatología-columna: \$120.000
Músculo esquelético	Malformación congénita de la caja torácica	Peclus excavatum	Barras metálicas (técnica de Nuss)	Módulo de insumos y materiales descartables	Progresión de la enfermedad, Índice de Haller > 3,25, prolapso de la válvula mitral, compresión o desplazamiento del corazón, alteraciones en la conducción cardíaca (por ECG y/o eco) exámenes de función pulmonar que indican enfermedad restrictiva u obstructiva, recidiva de cirugía abierta	Progresión de la enfermedad, Índice de Haller > 3,25, prolapso de la válvula mitral, compresión o desplazamiento del corazón, alteraciones en la conducción cardíaca (por ECG y/o eco) exámenes de función pulmonar que indican enfermedad restrictiva u obstructiva, recidiva de cirugía abierta	Documentación médica específica: "Historia clínica confeccionada por el especialista en Ortopedia y Traumatología donde conste el diagnóstico y todos los tratamientos previos y sus resultados."Informe de los estudios complementarios que avalan la indicación médica. "Protocolo quirúrgico y Certificado de implante con los stickers correspondientes pagados (ver normas generales). "La solicitud del sistema deberá especificar solo los detalles técnicos (no marcas ni modelos) y deberá estar ratificada con la firma del Director de la Institución ya sea un hospital público o una Institución privada. "Consentimiento informado firmado por el médico que realiza la intervención quirúrgica y el paciente.	\$ 50.000
Músculo esquelético	Traumatismo máxilo-facial	Reconstrucción máxilo-facial	Prótesis mandibular completa	Módulo de insumos y materiales descartables	Imágenes e indicación por médico especialista	Indicación de cirugía reconstructiva	Documentación médica específica: "Historia clínica. "Radiografía pre y post quirúrgica. "Protocolo quirúrgico. "Certificado de implante con Sticker. "Consentimiento informado firmado por Médico del agente de Salud y el paciente/familiar/tutor.	\$ 80.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Nervioso central y periférico	Enfermedad neurológica	Dolor crónico intratable	Estimulación espinal	Módulo de insumos y materiales descartables	Equipo interdisciplinario: Médico Neurólogo, Médico Psiquiatra, Médico Neurocirujano, Psicólogo. Demostrar en todos los casos mediante historia clínica que los pacientes: " No son considerados de alto riesgo quirúrgico * Tuvieron alivio efectivo durante la estimulación de prueba "La evaluación psiquiátrica no contraindica el procedimiento.	Estimulación eléctrica transcutánea del nervio (TENS). Estimulación periférica del nervio (PNS). Estimulación de la raíz del nervio (NRS). Estimulación medular (SCS). Estimulación cerebral profunda (DBS). Estimulación epidural de la corteza motora (MCS). Estimulación magnética transcraneana repetitiva (rTMS). Para: Dolor Neuropático Crónico: se deberá demostrar dolor durante un tiempo establecido y el antecedente de ser refractario a por lo menos 4 (cuatro) fármacos indicados a dosis máximas, de no existir contraindicaciones, durante un tiempo no menor a 3 meses, no habiendo disminuido el dolor más del 30% manteniéndose con una intensidad mínima del 5° punto en la escala de 0 a 10 y generando una pobre calidad de vida. Lumbar: 6 meses previos de dolor. Neuralgia Herpética: 3 meses previos de dolor. Síndrome de columna fallida. Síndrome de complejo regional doloroso-Dolor lumbar post cirugías fallidas de columna lumbar .	Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y la estrategia terapéutica medicamentosa efectuada donde consten drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta. "Fundamentación médica de la necesidad de implante del dispositivo cuyo reintegro se solicita firmada y sellada por el médico Neurólogo a cargo del paciente y avalada por firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. "Protocolo quirúrgico del implante del neuroestimulador firmado y sellado por el especialista interviniente. "Certificado de implante completo con stickers (ver Normas) firmado y sellado por el especialista y por el Auditor Médico del Agente de salud. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo del procedimiento.	\$ 150.000
Nervioso central y periférico	Enfermedad neurológica	Enfermedad de Parkinson refractario al tratamiento médico	Neuroestimulación cerebral profunda (EPC)	Módulo de insumos y materiales descartables	Bradicinesia y, al menos, uno de los siguientes criterios: rigidez, temblor de reposo, inestabilidad postural no relacionada con déficits visuales, cerebrales, vestibulares o alteraciones propioceptivas. Presencia de, al menos, tres de los siguientes datos clínicos: inicio unilateral, presencia de temblor de reposo, trastorno progresivo, afectación asimétrica con mayor afectación unilateral desde el inicio, excelente respuesta a la levodopa, Corea inducida por levodopa, respuesta a la levodopa durante 5 años	Pacientes con Enfermedad de Parkinson avanzada en quienes el tratamiento farmacológico resulta insuficiente para el control de las variables motoras o cuando los fenómenos de fluctuación resulten en un importante impacto en la calidad de vida. Como la ECP no es un procedimiento libre de complicaciones, los pacientes deben ser informados de esta situación y la decisión debe ser tomada en forma conjunta con el equipo de salud tratante. Al ser un procedimiento invasivo de elevada complejidad y de relativa novedad, se recomienda la realización de la intervención en centros con la complejidad necesaria y por profesionales con experiencia en la realización del mismo.	Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y la estrategia terapéutica medicamentosa efectuada donde consten drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta. "Fundamentación médica de la necesidad de implante del dispositivo cuyo reintegro se solicita firmada y sellada por el médico Neurólogo a cargo del paciente y avalada por firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. "Protocolo quirúrgico del implante del neuroestimulador firmado y sellado por el especialista interviniente. "Certificado de implante completo con stickers (ver Normas) firmado y sellado por el especialista y por el Auditor Médico del Agente de salud. "Consentimiento informado firmado por el paciente/familiar/tutor y el médico a cargo del procedimiento.	\$ 150.000
Nervioso central y periférico	Enfermedad neurológica	Epilepsia refractaria al tratamiento médico	Neuroestimulador vagal	Módulo de insumos y materiales descartables	Electroencefalograma de 12 derivaciones en adultos con sospecha de epilepsia y en niños y jóvenes, en casos de diagnóstico incierto; RMN (en especial en casos de epilepsia en < 2 años o en adultos, ante indicios de un comienzo focal por historia clínica, el examen físico o el EEG (a menos que haya una clara evidencia de epilepsia focal benigna) o persistencia de crisis a pesar de la medicación de primera línea.	Diagnóstico de epilepsia confirmado; edad 12 a 65 años; crisis parciales o generalizadas idiopáticas o de origen estructural; periodo interictal < 3 semanas; fallo de la medicación tras 1 mes con una o tres drogas con niveles estables; cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico, documentando debidamente su fracaso; convulsiones parciales que permanecen refractarias al tratamiento óptimo con medicación antiépileptica o tienen contraindicación o intolerancia a todo tratamiento antiépileptico, incluyendo el tratamiento quirúrgico	Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle del cuadro clínico y la estrategia terapéutica medicamentosa efectuada donde consten drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta. "Fundamentación médica de la necesidad de implante del dispositivo cuyo reintegro se solicita firmada y sellada por el médico Neurólogo a cargo del paciente y avalada por firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. "Protocolo quirúrgico del implante del neuroestimulador firmado y sellado por el especialista interviniente. "Certificado de implante completo con stickers (ver Normas) firmado y sellado por el especialista y por el Auditor Médico del Agente de salud. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo del procedimiento.	\$ 150.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Nervioso central y periférico	Enfermedad neurológica	Lesión ocupante intracerebral	Radioneurocirugía cerebral	Módulo unico	Lesión ocupante que ocasione Síndrome de Hipertensión Endocraneana-Tumores vascularizados cerebrales: RMN, angiografía digital, PET.	Malformaciones arteriovenosas del cerebro, < 3 cm, sintomáticas. Tumores primarios de cerebro (glioma, meningioma, tumores hipofisarios, hemangioblastomas, neurinomas acústicos, craneofaringiomas) si los mismos son irrecesables dada su localización o condiciones del paciente. Tumores metastásicos del cerebro. En forma fraccionada, en tumores de difícil llegada, como los del nervio óptico o hipotálamo.	Documentación médica específica: "Historia clínica con cuadro clínico, estado evolutivo y diagnóstico de certeza. "Justificación médica de la necesidad de tratamiento neuroquirúrgico específico, confeccionada por el especialista Neurocirujano tratante donde conste la imposibilidad de tratamiento quirúrgico convencional. "Protocolo del procedimiento radioquirúrgico con detalle de dosis, firmado por el médico radioterapeuta que planifico el procedimiento y avalado por la firma del Auditor Médico del Agente de Salud. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo del procedimiento	\$ 30.000
Nervioso central y periférico	Enfermedad vascular cerebral	Aneurismas, malformaciones arterio-venosas o tumores vascularizados cerebrales	Embolizaciones y/o coils y/o stent de vasos intracraneales	Módulo de embolizaciones	Aneurisma roto: Confirmación de HSA (TAC cerebral o PL) + angiografía para diagnóstico analítico del aneurisma. Tumores vascularizados cerebrales: RMN, angiografía digital, PET.	Aneurismas: "de la circulación posterior (en especial tronco de la arteria basilar);" de alto riesgo operatorio (predictor más importante: edad avanzada); "edema cerebral y escala de Hunt y Hess avanzado. "En aneurismas de tamaño intermedio y en circulación anterior." MAV: (según Escala de Spetzler modificada por Oliveira) "en tipo IIIa: Terapia endovascular previa a la microcirugía; "tipo IIIb: radiocirugía; "grado IV y V embolización previa a la cirugía sólo si hay hemorragias a repetición o si hay déficit fijo ya instalado o si hay deterioro progresivo de la capacidad funcional. "Lesiones IIIa, IV o V que hayan sido exitosamente tratadas por terapia endovascular con nido residual < 3 cm de diámetro, puede aplicarse radiocirugía al nido en vez de realizar cirugía. "Tumores vascularizados cerebrales: hemangioblastomas, metástasis intracraneales, meningiomas, tumores neurogénicos, hemangiopericitomas (por ejemplo, los schwannomas), paragangliomas, angiofibromas nasofaríngeos juveniles, hemangiomas. "La embolización paliativa de tumores del SNC puede estar indicada como el único tratamiento para	Documentación médica específica: "Historia clínica neurológica con diagnóstico definitivo y de certeza del tipo de patología que requirió alguno de los insumos señalados y detalle de evolución post-cirugía. "Solicitud del Insumo (solo detalles técnicos sin marcas) confeccionada por el médico Neurocirujano interviniente. "Protocolo quirúrgico. "Certificado de implante completo firmado y sellado por el cirujano interviniente y el Auditor Médico del Agente de Salud con los stickers pegados (ver normas generales). "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo de la cirugía.	\$ 30.000
Nervioso central y periférico	Traumatismo craneoencefálico y otras patologías craneanas	Reparación de calota craneana	Sistema de reconstrucción craneal en 3D	Módulo de reconstrucción craneo facial, incluyendo prótesis	Prescripción por médico especialista e imágenes.	Fracturas de cráneo, craneosinostosis, encefalocelo frontal nasal, hernia de tejido cerebral, deformidades faciales	Documentación médica específica: "Historia clínica con detalle de la patología por la cual se indica el sistema de reconstrucción en 3D y evolución post reparación. "Fundamentación médica confeccionada por el Equipo de Neurocirugía sobre la necesidad de utilizar el sistema de reconstrucción 3D firmada y sellada por el Jefe del Equipo y el auditor médico del Agente de Salud. "Protocolo quirúrgico de la cirugía de reconstrucción firmado y sellado por el profesional interviniente. "Protocolo de la confección del modelo. "Certificado de implante firmado y sellado por el jefe del equipo Neuroquirúrgico y el Auditor Médico del Agente de Salud, con stickers. "Consentimiento informado firmado por el paciente/padre/tutor y el médico a cargo de la cirugía.	Precio a reintegrar: \$80.000
Neuropsicológico	Trastorno psicoddependiente	Drogadependencia	Módulo de atención ambulatoria en consultorio	Consulta y orientación	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica instituida donde conste si se prescribió medicación específica (droga/dosis/tiempo). Acta firmada por el paciente/familiar o tutor donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio de atención y cronograma con horarios	Módulo Mensual \$ 500

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Neuropsicológico	Trastorno psicoddependiente	Drogadependencia	Módulo de atención ambulatoria en consultorio	Tratamiento ambulatorio: control y prevención de recaída	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica instituida donde conste si se prescribió medicación específica (droga/dosis/tiempo) Evolución del paciente Acta firmada por el paciente /familiar o tutor donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio de atención y cronograma con horarios	Módulo Mensual \$ 500
Neuropsicológico	Trastorno psicoddependiente	Drogadependencia	Módulo de rehabilitación en centros específicos	Hospital de día: Jornada simple de 4 horas	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica instituida donde conste si se prescribió medicación específica (droga/dosis/tiempo) Evolución del paciente Acta firmada por el paciente /familiar o tutor donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio de atención y cronograma con horarios	Módulo Mensual \$ 1500
Neuropsicológico	Trastorno psicoddependiente	Drogadependencia	Módulo de rehabilitación en centros específicos	Hospital de día: Jornada completa de 8 horas	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica instituida donde conste si se prescribió medicación específica (droga/dosis/tiempo) Acta firmada por el paciente /familiar o tutor y el médico especialista interviniente donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio de atención y cronograma con horarios	Módulo Mensual \$ 1500
Neuropsicológico	Trastorno psicoddependiente	Drogadependencia	Módulo de rehabilitación en centros específicos	Hospital de noche	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por equipo multidisciplinario de evaluación y orientación - detalle de la estrategia terapéutica instituida donde conste si se prescribió medicación específica (droga/dosis/tiempo) Acta firmada por el paciente /familiar o tutor y el médico especialista interviniente donde conste el compromiso del paciente a concurrir al tratamiento indicado * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio de atención y cronograma con horarios	Módulo Mensual \$ 1500
Neuropsicológico	Trastorno psicoddependiente	Drogadependencia	Módulo de tratamiento en Internación	Internación para desintoxicación	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por médico especialista. * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio) firmada y sellada por el médico del Agente de Salud.	Módulo día : \$ 200
Neuropsicológico	Trastorno psicoddependiente	Drogadependencia	Módulo de tratamiento en Internación	Comunidad terapéutica	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Trastorno psicoddependiente/ Drogadependencia	Documentación médica específica: "Historia clínica con diagnóstico firmado por médico especialista. * Informe de auditoría donde conste el módulo solicitado y el efector (nombre de la institución, domicilio de atención) firmada y sellada por el médico del Agente de Salud.	Módulo Mensual \$ 6000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reíntegro	Valor a reintegrar
Otomolaringológico	Enfermedad Auditiva	Hipoacusia de diferentes orígenes	Implante coclear - BAHA (Implante Osteointegrado)	Módulo de implante. Incluye prótesis, procedimiento de implante y material descartable	Audiometría tonal ( a campo libre sin audífonos en oídos por separado) y logaudiometría en adultos-BERA-Otoemisión acústica-Timpanometría y reflejos estapediales-Test de percepción de los sonidos del habla-Historia Clínica completa - examen otológico-Estudios por imágenes y evaluación prequirúrgica-Estudios Psicológicos/neurolingüísticos y psicopedagógicos- Presentar Acta con conclusiones y recomendaciones-	1. Implante coclear bilateral simultáneo Niño menor de 5 años de edad con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral sin discapacidades asociadas; paciente post meningitis de cualquier edad; paciente con pérdida profunda súbita bilateral de cualquier edad; neuropatía auditiva genética 2. Implante coclear bilateral sucesivo o secuencial Paciente sordo-ciego de cualquier edad; malformación coclear bilateral con posibilidad de ser implantado; paciente implantado coclear de un oído y usuario de audífono en el oído contralateral cuyo rendimiento decrece en el tiempo o con mal rendimiento en ruido; neuropatía auditiva adquirida (desincronismo neural/desorden eléctrico del nervio auditivo); paciente con hipoacusia severa profunda ya implantado en oído con discapacidades asociadas. 3. Implante coclear unilateral Hipoacusia neurosensorial profunda unilateral con acúfeno discapacitante refractario al tratamiento; hipoacusia neurosensorial súbita profunda unilateral Criterios de Exclusión: pacientes que por su condición clínica, psicológica o anatómica del hueso temporal, oído	Documentación médica específica: *Historia clínica audiológica con diagnóstico definitivo y de certeza por el cual se indica el implante coclear y evolución post-implante. *En función de todos los estudios pre-implante efectuados presentar acta con conclusiones y recomendaciones. *Solicitud del insumo sin (detalles técnico) confeccionada por el médico Otorinolaringólogo interviniente. *Protocolo quirúrgico de la cirugía de colocación. *Certificado de implante completo firmado y sellado por el cirujano interviniente y el Auditor Médico del Agente de Salud con los stickers pegados (ver normas generales). *Consentimiento informado firmado por paciente, padres o tutores. * Acta firmada por el paciente, padres o tutores del compromiso de concurrencia a la rehabilitación post-implante.	\$ 100.000
Urogenital	Enfermedad genito-urinario	Incontinencia Urinaria	Esfínteres urinarios externos	Insumos	Antecedente de prostatectomía radical, vejiga neurogénica, radioterapia previa; descripción del tipo y la severidad de la incontinencia; período de seguimiento postquirúrgico de por lo menos 12 meses antes de determinar el grado final de incontinencia; estudio urodinámico (determina la causa de la incontinencia, y valora el tipo de tratamiento a efectuar, confirma o no la existencia de una disfunción vesical o esfinteriana durante la fase de llenado y establece si hay obstrucción durante la micción).	Incontinencia urinaria severa que afecta la calidad de vida del paciente. En hombres, después de la prostatectomía radical, disfunción esfinteriana intrínseca después de una fractura pélvica, lesión de la médula espinal, reconstrucción uretral, varios procedimientos fallidos anti-incontinencia, vejiga neurogénica asociada a incompetencia del esfínter o del cuello vesical.No cuenta con aprobación de la FDA para mujeres y niños con incontinencia urinaria intratable (vejiga neurogénica, extrofia/epispadias).	Documentación médica específica: *Historia clínica- urológica con cuadro clínico, examen físico y secuencia de estudios complementarios efectuados con los que se arribó al diagnóstico (Examen físico- diario miccional- estudio urodinámico) y evolución post-implante. *Antecedentes de cirugía(prostatectomía radical). *Protocolo quirúrgico. *Pedido del insumo sobre el cual se solicita el reintegro firmado y sellado por especialista en Urología (detalle técnico únicamente). *Protocolo quirúrgico de la cirugía de colocación del implante completo firmado y sellado por los profesionales intervinientes. *Certificado de implante firmado y sellado por el cirujano interviniente y avalado por firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud, con stickers pegados (ver normas generales).	\$ 90.000
Urogenital	Identidad de género	Disforia de género	Cirugía de reasignación sexual	Módulo quirúrgico	Disforia de género, persistente y bien documentada; capacidad para tomar una decisión bien informada y para dar el consentimiento de su tratamiento; mayoría de edad; si hubieran condiciones médicas o psicológicas concomitantes, las mismas deben estar controladas; un mínimo de 12 meses continuos de terapia hormonal apropiada para los objetivos de género del paciente (salvo que exista contraindicación del tratamiento) a fin de lograr una supresión hormonal reversible; un mínimo de 12 meses continuos de vida en el género sexual que sea congruente con su identidad de género.	Disforia de género, persistente y bien documentada; capacidad para tomar una decisión bien informada y para dar el consentimiento de su tratamiento; mayoría de edad; si hubieran condiciones médicas o psicológicas concomitantes, las mismas deben estar controladas; un mínimo de 12 meses continuos de terapia hormonal apropiada para los objetivos de género del paciente (salvo que exista contraindicación del tratamiento) a fin de lograr una supresión hormonal reversible; un mínimo de 12 meses continuos de vida en el género sexual que sea congruente con su identidad de género.	Documentación médica específica: *Historia clínica con evaluación por equipo multidisciplinario actuante firmada y sellada por el Jefe del Equipo- *Consentimiento informado, firmado por el paciente y el médico a cargo de la intervención. *Protocolo quirúrgico.	\$ 20.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Tecnología	Prestación	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapéutico	Fundamento para Reíntegro	Valor a reintegrar
		Perfusión de órganos pretrasplante	Perfusión de órganos	Perfusión de órganos	Perfusión de órganos pretrasplante desde la procuración hasta la implantación en el receptor conforme las normas y valores establecidos por la resolución actualizada del INCUCAI vigente al momento de la prestación	Perfusión de órganos pretrasplante desde la procuración hasta la implantación en el receptor conforme las normas y valores establecidos por la resolución actualizada del INCUCAI vigente al momento de la prestación	Paciente inscripto en lista de espera oficial del INCUCAI. Acta de Procuración. Protocolo quirúrgico de la cirugía del implante del órgano	Según Resolución vigente al momento del procedimiento
		Procuración de órganos	Procuración de órganos	Procuración de órganos	Procuración de órganos conforme las normas y valores establecidos vigente al momento de la prestación. Según Ley 24193 y Decreto Reglamentario	Procuración de órganos conforme las normas y valores establecidos vigente al momento de la prestación. Según Ley 24193 y Decreto Reglamentario	Paciente inscripto en lista de espera oficial del INCUCAI. Acta de Procuración. Protocolo quirúrgico de la cirugía del implante del órgano	Según Resolución vigente al momento del procedimiento
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Evaluación para trasplante de órgano o tejido	Prácticas médicas varias	Módulo Pre-Trasplante	Internación. Estudios de Laboratorio: Hemograma, Dosaje de hemoglobina, uremia, creatinina, clearance de creatinina, Recuento de Plaquetas, Hepatograma, Glucemia, Ionograma, Proteínograma Electroforético, Colesterol, HDL, LDL, Triglicéridos, Factor V, Rin, Tiempo de Protrombina, Grupo Sanguíneo y factor Rh, Anticuerpos irregulares, PPD, Antígeno Prostático específico, coprocultivo, urocultivo, Dosaje de hormona Tiroidea ( TSH, T3 y T4) Serología: HBsAg, HBs Ac, Anti Core, Chagas, Toxoplasmosis, Brucelosis, Citomegalovirus, HIV, HTLV, y II -Varicela Zoster, Epstein Barr, Hepatitis A - y C (otras según criterio médico), herpes I y II -VDRL Cross Match contra panel, anti HLA. Estudios Radiológicos: Rx de Tórax F y P. Rx Simples y contrastadas renales. Radioscopias manométricas esfinterianas. Mamografía. Electrocardiograma. Estudios Ecográficos: ecocardiograma Doppler Color, ecografía Doppler de abdomen y pelvis ecografía loco-ginecológica, eco-Doppler renal. Estudios endoscópicos: endoscopias digestivas y/o videoendoscopias.	Internación. Estudios comunes al pre-trasplante: Estudios de laboratorio: hemograma, hemoglobina, uremia, creatinina, clearance de creatinina, recuento de plaquetas, hepatograma, glucemia, ionograma, proteínograma electroforético, colesterol, HDL, LDL, triglicéridos, Factor V, RIN, tiempo de protrombina, grupo sanguíneo y factor Rh, anticuerpos irregulares, PPD, antígeno prostático específico, coprocultivo, urocultivo, TSH, T3 y T4). Serología para: Hepatitis B (HBsAg, HBs Ac, Anti Core), Chagas, Toxoplasmosis, Brucelosis, Citomegalovirus, HIV, HTLV I y II, Varicela Zoster, Epstein Barr, Hepatitis A y C ( otras, según criterio médico), Herpes I y II. VDRL. Cross match contra panel, anti HLA. Estudios radiológicos: Rx de Tórax (F y P). Electrocardiograma. Estudios ecográficos: ecocardiograma Doppler color. Estudios de capacidad funcional respiratoria: espirometría. Interconsultas: Neumonología, Cardiología, Urología, Ginecología, Infectología, Gastroenterología, Nutrición Psiquiatría, Odontología y Kinesiología y todas las necesarias, incluidos los estudios complementarios diagnósticos que	Documentación médica específica: *Se deberá presentar la inscripción del paciente en Lista de espera oficial. *Informe de conclusión final de aptitud para el trasplante. *Este módulo incluye todas las prácticas de laboratorio, estudios de compatibilidad, prácticas radiológicas, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios en el contexto de la evaluación pre-trasplante y es aplicable a la evaluación de todo tipo de trasplante salvo el de médula ósea con búsqueda de donante internacional. *El reintegro solo podrá presentarse una vez concluida la evaluación y obtenido el resultado. *Este módulo será reintegrado por única vez. *Podrá ser solicitado el reintegro en caso de evaluación de donantes vivos. * Los prestadores, sean públicos o privados, deberán estar habilitados por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI). *No se subsidiarán prácticas de trasplantes en el exterior. *En toda presentación relacionada con pretrasplantes o trasplantes se deberá adjuntar constancia fehaciente de que el paciente se encu	\$ 7.000

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Cutáneo	Enfermedad Dermatológica	Psoriasis en placa	Adalimumab		Las características clínicas de las lesiones cutáneas y su localización son los criterios más relevantes para el diagnóstico de la enfermedad. En casos sospechosos puede requerirse anatomía patológica.	Pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a severa intensidad, quienes sean candidatos para terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas sean médicamente menos apropiadas.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal-historia familiar positiva y eventual biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación Médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro informando: dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el medico especialista dermatologo tratante y por el auditor medico del Agente de Salud. El reintegro solo sera reconocido ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.	Ver Anexo V
Cutáneo	Enfermedad Dermatológica	Psoriasis en placa	Etanercept		Las características clínicas de las lesiones cutáneas y su localización son los criterios más relevantes para el diagnóstico de la enfermedad. En casos sospechosos puede requerirse anatomía patológica.	Pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a severa intensidad, quienes sean candidatos para terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas sean médicamente menos apropiadas.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal-historia familiar positiva y eventual biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación Médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro informando: dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el medico especialista dermatologo tratante y por el auditor medico del Agente de Salud. El reintegro solo sera reconocido ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Cutáneo	Enfermedad Dermatológica	Psoriasis en placa	Infliximab		Las características clínicas de las lesiones cutáneas y su localización son los criterios más relevantes para el diagnóstico de la enfermedad. En casos sospechosos puede requerirse anatomía patológica.	Pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a severa intensidad, quienes sean candidatos para terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas sean médicamente menos apropiadas.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal-historia familiar positiva y eventual biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación Médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro informando: dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el medico especialista dermatologo tratante y por el auditor medico del Agente de Salud. El reintegro solo sera reconocido ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.	Ver Anexo V
Digestivo	Enfermedad Digestiva	Colitis ulcerosa	Infliximab		El síntoma más característico de la colitis ulcerosa es la diarrea con sangre. Pueden asociarse otros síntomas como: dolor abdominal sobre todo en fosa iliaca izquierda, fiebre en los brotes severos y extensos, tenesmo rectal, urgencia o incontinencia en las formas de afectación más distal, o síntomas de afectación general como pérdida de peso o anorexia. Además, pueden aparecer manifestaciones extraintestinales, fundamentalmente articulares, cutáneas y oculares. Sumado a hallazgos en colonoscopia y confirmado por medio de anatomía patológica	Colitis ulcerosa activa moderada a grave en pacientes que respondieron inadecuadamente al tratamiento convencional, incluyendo corticosteroides y 6-MP o AZA, o que presentan intolerancia o tienen contraindicaciones médicas al empleo de los mismos.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (endoscopia y biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista gastroenterólogo tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud	Ver Anexo V
Digestivo	Enfermedad Digestiva	Enfermedad de Crohn	Adalimumab		El diagnóstico de certeza se realiza mediante la combinación de un criterio de biopsia (presencia de granulomas o infiltrados linfoides), sumado a la presencia de al menos dos de los siguientes: a) Lesión digestiva alta b) Lesión anal c) Distribución segmentaria d) Lesión transmural e) Fisura anal f) Absceso g) Fistula e) Estenosis	Enfermedad activa moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (endoscopia y biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista gastroenterólogo tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Digestivo	Enfermedad Digestiva	Enfermedad de Crohn	Infliximab		El diagnóstico de certeza se realiza mediante la combinación de un criterio de biopsia (presencia de granulomas o infiltrados linfoides), sumado a la presencia de al menos dos de los siguientes: a) Lesión digestiva alta b) Lesión anal c) Distribución segmentaria d) Lesión transmural e) Fisura anal f) Absceso g) Fístula e) Estenosis	Enfermedad activa moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico, estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (endoscopia y biopsia), *Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, *Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista gastroenterólogo tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud	Ver Anexo V
Digestivo	Enfermedad Hepática Infecciosa	Hepatitis Crónica por Virus B	Adefovir dipivoxil		Hepatitis crónica HBe Ag positivo: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado. Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado.	a) Hepatitis crónica HBe Ag positivo en pacientes con hepatitis crónica HIV negativo b) Pacientes con cirrosis descompensada HIV negativo c) Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas d) Hepatitis crónica B + HIV positivo sin indicación de HAARadioterapia	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: Hbs Ag, Anti HBe, Anti HBe, HBe Ag, Anti HBs. *Biopsia hepática o justificación para la no realización. *En caso de Cirrosis informar estadio de Child-Pugh. Carga Viral de HBV. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consignar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis B, y consignar biopsia si se ha realizado.	Ver Anexo V
Digestivo	Enfermedad Hepática Infecciosa	Hepatitis Crónica por Virus B	Interferón alfa 2a pegilado	Peginterferón alfa 2a	Hepatitis crónica HBe Ag positivo: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado. Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado.	a) Hepatitis crónica HBe Ag positivo en pacientes con hepatitis crónica HIV negativo b) Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas c) Hepatitis crónica B + HIV positivo sin indicación de HAART	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: Hbs Ag, Anti HBe, Anti HBe, HBe Ag, Anti HBs. *Biopsia hepática o justificación para la no realización. *En caso de Cirrosis informar estadio de Child-Pugh. Carga Viral de HBV. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consignar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de hepatitis B, y consignar biopsia si se ha realizado.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Digestivo	Enfermedad Hepática Infecciosa	Hepatitis Crónica por Virus B	Lamivudina		Hepatitis crónica HBe Ag positivo: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado. Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas: HBs Ag, HBe Ag, anti HBe y HBV DNA viral cuantitativo por PCR por método estandarizado.	a) Hepatitis crónica HBe Ag positivo en pacientes con hepatitis crónica HIV negativo b) Pacientes con cirrosis descompensada HIV negativo c) Hepatitis crónica con HBe Ag negativo y actividad persistente de aminotransferasas d) Hepatitis crónica B + HIV positivo con indicación de HAART asociar Lamivudina y Tenofovir como parte del esquema antirretroviral.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: Hbs Ag, Anti HBe, Anti HBe, HBe Ag, Anti HBs. *Biopsia hepática o justificación para la no realización. *En caso de Cirrosis informar estadio de Child-Pugh. Carga Viral de HBV. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consignar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis B, y consignar biopsia si se ha realizado.	Ver Anexo V
Digestivo	Enfermedad Hepática Infecciosa	Hepatitis Crónica por Virus C	Interferón alfa 2a pegilado	Peginterferón alfa 2a	Anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C sumados a determinación de ARN viral (técnica de PCR)	a) Hepatitis C aguda b) Hepatitis C crónica Genotipos 1 y 4 asociado a Ribavirina c) Hepatitis C crónica Genotipos 2 y 3 asociado a Ribavirina	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: anti HCV, HCV ARN, Genotipo HCV. *En caso de Cirrosis informar estadio de Child-Pugh. *Carga Viral de HVC. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consignar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis C, y consignar biopsia si se ha realizado.	Ver Anexo V
Digestivo	Enfermedad Hepática Infecciosa	Hepatitis Crónica por Virus C	Interferón alfa 2b	Peginterferón alfa 2b	Anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C sumados a determinación de ARN viral (técnica de PCR)	a) Hepatitis C aguda b) Hepatitis C crónica Genotipos 1 y 4 asociado a Ribavirina c) Hepatitis C crónica Genotipos 2 y 3	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepatograma. *Marcadores serológicos: anti HCV, HCV ARN, Genotipo HCV. *En caso de Cirrosis informar estadio de Child-Pugh. *Carga Viral de HVC. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consignar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis C, y consignar biopsia si se ha realizado.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Digestivo	Enfermedad Hepática Infecciosa	Hepatitis Crónica por Virus C	Ribavirina		Anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C sumados a determinación de ARN viral (técnica de PCR)	Hepatitis C crónica, genotipos 1, 2, 3 y 4	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Hepalograma. *Marcadores serológicos: anti HCV, HCV ARN, Genotipo HCV. *En caso de Cirrosis informar estadio de Child-Pugh. *Carga Viral de HVC. *De corresponder indicar Carga Viral de HIV y recuento de CD4. *Consiguar antecedentes terapéuticos. *Cada 6 meses se debe informar la carga viral de la hepatitis C, y consiguar biopsia si se ha realizado.	Ver Anexo V
Hematopoyético	Enfermedad Hematológica	Enfermedad de Von Willebrandt (déficit de factor VIII postergado)	Factor VIII-C	Factor de Von Willebrandt	Déficit del factor de Von Willebrand en sangre	Pacientes con Enfermedad de Von Willebrand	Documentación médica específica: *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos. *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia. * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes- *Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la Ley N°25.649 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional). *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII, solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Hematopoyético	Enfermedad Hematológica	Hemofilia Tipo A (Déficit de factor VIII)	Factor de coagulación VIII		Déficit del factor VIII en sangre	Profilaxis primaria: Pacientes afectados de Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre), luego del primer episodio de hemorragia mayor o articular. Profilaxis secundaria: Pacientes afectados de Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre), menores de 18 años, que presenten 2 o más hemorragias articulares, en una o más articulaciones blanco y sin secuelas articulares graves	Documentación médica específica: *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos. *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia. * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes- *Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la Ley N°25.649 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional). *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII, solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d	Ver Anexo V
Hematopoyético	Enfermedad Hematológica	Hemofilia Tipo A (Déficit de factor VIII)	Factor de coagulación VIIa recombinante, Eptacog alfa (activado).		Déficit del factor VIII en sangre	Profilaxis primaria: Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre), luego del 1º episodio de hemorragia mayor o articular. Profilaxis secundaria: Hemofilia a o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre) mayores de dos años de edad y menores de 18, que presenten mas de dos hemorragias articulares, en una o mas articulaciones blanco y sin secuelas articulares graves. (Res 2048/03)	Documentación médica específica: *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos. *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia. * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes- *Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en Unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la N°Ley 25649 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional). *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII, solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Hematopoyético	Enfermedad Hematológica	Hemofilia Tipo B (Déficit de factor IX)	Factor de coagulación VIIa recombinante, Eptacog alfa (activado).		Déficit del factor IX de la coagulación en sangre	Profilaxis primaria: Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre), luego del 1º episodio de hemorragia mayor o articular. Profilaxis secundaria: Hemofilia a o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre) mayores de dos años de edad y menores de 18, que presenten mas de dos hemorragias articulares, en una o mas articulaciones blanco y sin secuelas articulares graves. (Res 2048/03)	Documentación médica específica: *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos. *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia, * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes- Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la Ley N°25.649 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional). *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII, solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d	Ver Anexo V
Hematopoyético	Enfermedad Hematológica	Hemofilia Tipo B (Déficit de factor IX)	Factor de coagulación IX		Déficit del factor IX de la coagulación en sangre	Profilaxis primaria: Pacientes afectados de Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre), luego del primer episodio de hemorragia mayor o articular. Profilaxis secundaria: Pacientes afectados de Hemofilia A o B severa (con factores por debajo de 1% en sangre), menores de 18 años, que presenten 2 o más hemorragias articulares, en una o más articulaciones blanco y sin secuelas articulares graves.	Documentación médica específica: *Presentar formulario de prescripción especial para pacientes hemofílicos. *Certificación de médico especialista hematólogo o hemoterapeuta del tipo y severidad de la hemofilia, * Historia clínica con fecha de diagnóstico-cuadro de presentación -tipo de tratamiento (profiláctico o a demanda) presencia o ausencia de inhibidores circulantes- Estrategia terapéutica con detalle del tipo y dosis en Unidades por Kg de peso corporal (respetando normas de la Ley N°25.649 sobre prescripción por nombre genérico o denominación común internacional). *Consentimiento informado firmado por el paciente /sus padres o tutores. *Para pacientes con diagnóstico de Hemofilia A o B (incluyendo los que hayan desarrollado algún tipo de inhibidor) que han de someterse a cirugía menor o a un procedimiento odontológico y requieran elevar los niveles del factor VIII, solo podrán solicitar el reintegro cuando se demuestre fracaso con Desmopresina, Antifibrinolíticos, gel plaquetario y/o cola de fibrina, presentando la fundamentación médica del especialista correspondiente y d	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Hematopoyético	Enfermedad Hematológica	Hemoglobinuria paroxística nocturna	Ecuzumab	HPN	En general se presenta con anemia grave, con cifras de hemoglobina inferiores a 5 g/dl, leucopenia y trombocitopenia. Test de sensibilidad de los glóbulos rojos (Prueba de Ham, prueba de Sucrosa, Prueba de Trombina.) Citometría de flujo donde se demuestra la presencia de glóbulos rojos y/o granulocitos carentes de proteínas de membrana ligadas al GPI mediante el uso de anticuerpos monoclonales (CD55 y CD59)	Pacientes con antecedentes de transfusiones	Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamentos diagnósticos). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación del médico especialista del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis/tiempo y respuesta firmada y sellada por dicho profesional y por el Auditor Médico del Agente de salud.	Ver Anexo V
Hematopoyético	Enfermedad Hematológica	Síndrome urémico hemolítico	Ecuzumab	SHU	Insuficiencia Renal Aguda, Anemia Hemolítica microangiopática y trombocitopenia grave, con microangiopatía de selectiva localización renal, manifestaciones de lesión isquémica en otros órganos como sistema nervioso central, retina, miocardio, páncreas e intestino.	Pacientes con SHU atípico	Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamentos diagnósticos). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación del médico especialista del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis/tiempo y respuesta firmada y sellada por dicho profesional y por el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Hematopoyético	Enfermedad Hematológica	Sobrecarga crónica de hierro	Deferasirox		Concentración de hierro en la sangre de más de 100 mg/dL.	Pacientes con: 1) Hemosiderosis por transfusión. 2) Hemocromatosis idiopática en pacientes que no toleran la flebotomía a causa de patologías concomitantes. 3) Sobrecarga de hierro asociada con porfiria cutánea tardía en pacientes que no toleran flebotomía.	Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamentos diagnósticos). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación del médico especialista en Hematología del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, dosis utilizada/tiempo y respuesta firmada y el sellada por el médico especialista y del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Inmune	Enfermedad autoinmune	Enfermedad de Guillain Barré	Inmunoglobulina humana inespecifica		<p><u>Características requeridas:</u> a) Debilidad progresiva en brazos y piernas. b) Arreflexia (o hiporreflexia). <u>Características de soporte al diagnóstico:</u> Progresión de los síntomas durante días a 4 semanas. Simetría relativa. Síntomas o signos sensitivos leves. Compromiso de nervios craneales, especialmente debilidad facial bilateral. Recuperación a partir de 2 a 4 semanas después que cesa la progresión. Disfunción autonómica. Ausencia de fiebre al inicio. LCR típico (disociación albuminocitológica), EMG/estudios de conducción nerviosa (signos característicos de un proceso de desmielinización en los nervios periféricos). <u>Características que ponen en duda el diagnóstico:</u> Debilidad asimétrica. Disfunción persistente vesical o intestinal. Disfunción vesical o intestinal en el inicio. Presencia &gt; 50 leucocitos mononucleares/mm<sup>3</sup> o de leucocitos polimorfonucleares en el LCR. Compromiso a distinto nivel sensitivo.</p>	Dentro de las dos semanas de iniciada la enfermedad	<p>Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico. *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Esquema terapéutico instituido con detalle dosis/tiempo y respuesta.</p>	Ver Anexo V
Inmune	Enfermedad autoinmune	Enfermedad de Wegener	Rituximab		<p>Al menos dos de los siguientes criterios presentes: 1) Inflamación nasal u oral, desarrollo de úlceras orales dolorosas o no, emisión hemorrágica o purulenta nasal. 2) Radiografía de tórax anormal. Presencia de nódulos, infiltrados fijos o cavidades. 3) Sedimento urinario anormal. Microhematuria (más de 5 hematíes por campo) o presencia de hematíes en el sedimento urinario. 4) Inflamación granulomatosa en biopsia. Cambios histológicos que muestran inflamación granulomatosa dentro de la pared de una arteria o en el área peri o extra vascular (arteria o arteriola).</p>	En combinación con glucocorticoides	<p>Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (ver detalle en fundamentos diagnósticos). * Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación del médico especialista del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, dosis utilizada, tiempo y respuesta (asociación con otras drogas), firmada además por el Auditor Médico del Agente de Salud.</p>	Ver Anexo V
Inmune	Enfermedad autoinmune	Poliangiéitís Microscópica	Rituximab		<p>Vasculitis pauci inmunitaria de pequeños vasos con anticuerpos contra Mieloperoxidasa-ANCA o Proteinasa-3-ANCA, determinados por ELISA o por IFI</p>	En combinación con glucocorticoides	<p>Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (ver detalle en fundamentos diagnósticos). *Tratamientos instituidos previamente del agente biológico (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación médica del médico especialista sobre la medicación de la cual se solicita el reintegro, dosis utilizada/tiempo y respuesta, con la firma además del Auditor Médico del Agente de Salud.</p>	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Inmune	Enfermedad autoinmune	Púrpura Trombocitopénica Idiopática	Inmunoglobulina humana inespecifica		<p>Deben estar presentes los cuatro requisitos siguientes: a) Síndrome purpúrico con trombocitopenia (recuento plaquetario menor de 150x10<sup>9</sup>/l). b) Ausencia de enfermedad infecciosa aguda concomitante (por ejemplo: mononucleosis infecciosa, hepatitis). c) Ausencia de patología sistémica de base (por ejemplo: lupus eritematoso sistémico, síndrome de inmunodeficiencia adquirido, linfoma). d) Megacariocitos normales o aumentados en médula ósea (este criterio puede ser reemplazado por la ocurrencia de remisión espontánea completa en aquellos pacientes a los que no se les hubiera realizado punción de médula ósea).</p>	Pacientes con cifras de plaquetas inferiores a 20.000 por dl, donde se precise una respuesta rápida por hemorragia severa/vital aguda o alto riesgo de la misma	<p>Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamento diagnóstico). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación médica (del especialista) de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro, dosis utilizada/tiempo y respuesta.</p>	Ver Anexo V
Inmune	Enfermedad autoinmune	Síndrome de Kawasaki	Inmunoglobulina humana inespecifica		<p>Se deben cumplir 5 de los siguientes: a) Fiebre persistente durante 5 días o más. b) Extremidades periféricas. Fase inicial: Enrojecimiento de palmas y plantas Edema indurado. Fase convalecencia: Descamación membranosa en la punta de los dedos. c) Exantema polimorfo. d) Congestión conjuntival bilateral. e) Labios y cavidad oral: . Enrojecimiento de los labios . Lengua de fresa . Inyección difusa de la mucosa oral y faríngea. f) Linfadenopatía cervical aguda no purulenta.</p>	Con la confirmación de certeza del diagnóstico	<p>Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (ver detalle en fundamento diagnóstico). *Fundamentación médica sobre el medicamento del que se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta firmada por el medico tratante y el auditor del Agente de Salud.</p>	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Saquinavir		<p>Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).</p>	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	<p>Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.</p>	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Indinavir		<p>Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).</p>	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	<p>Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.</p>	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Ritonavir		<p>Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).</p>	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	<p>Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.</p>	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Nelfinavir		Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Atazanavir		Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Fosamprenavir		Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Lopinavir y Ritonavir		Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Zidovudina	AZT	Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Didanosina	DDI	Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Stavudina	Estavudina (D4T)	Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Lamivudina	3TC	Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Abacavir	ABC	Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA)	Entecavir		Mediante tests serológicos por la presencia de anticuerpos anti HIV Test de ELISA y confirmación por Western Blot (2 pruebas de ELISA positivas y una prueba confirmatoria [Western Blot] son necesarios par el diagnóstico de la infección).	a) Pacientes sintomáticos b) pacientes con CD4 menor a 350 c) pacientes con carga viral mayor a 100.000 (considerar)	Documentación médica específica: *Presentación de Ficha de Notificación de Ministerio de Salud. *Historia Clínica donde se detalle el esquema de tratamiento y esquemas anteriormente utilizados. *Carga Viral. *Recuento de CD4. *Serologías de Hepatitis B y C.	Ver Anexo V
Inmune	Inmunodeficiencia	Inmunodeficiencia primaria y secundaria	Inmunoglobulina humana inespecifica		Pacientes con infecciones recurrentes y/o disminución en la curva de crecimiento, en los cuales se demuestre alguna alteración en la inmunidad a través de exámenes de laboratorio (hemograma, recuento de globulos blancos, proteinograma, dosaje de inmunoglobulinas, CD19, CD4, CD8, células natural killer, o alteraciones en la citometría de flujo .	Condiciones que cursen con defectos en la inmunidad humoral	Documentación médica específica: *Historia clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamento diagnóstico). *Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta). *Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro, firmada por el médico especialista tratante y el Auditor del Agente de Salud, con detalle en dosis utilizada/tiempo y respuesta.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Enfermedad de Fabry	Agalsidasa Beta		Varones (hemocigotas): Actividad disminuída de la alfa galactosidasa en leucocitos. Mujeres (heterocigotas): Actividad disminuída de la alfa galactosidasa en leucocitos o confirmación diagnóstica molecular (mutación para el gen agalsidasa alfa)	a) Pacientes con manifestaciones renales b) Portadores con manifestaciones severas no renales c) Hombres hemocigotas, asintomáticos, con Enfermedad de Fabry Clásica	Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima alfa galactosidasa en sangre). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Enfermedad de Fabry	Agalsidasa Alfa		Varones (hemicigotas): Actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos. Mujeres (heterocigotas): Actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos o confirmación diagnóstica molecular (mutación para el gen agalsidasa alfa)	a) Pacientes con manifestaciones renales b) Portadores con manifestaciones severas no renales c) Hombres hemicigotas, asintomáticos, con Enfermedad de Fabry Clásica	Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima alfa galactosidasa en sangre). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Enfermedad de Gaucher Tipo I	Imiglucerasa		Disminución en la actividad de la enzima glucocerebrosidasa	En caso de ser menores de 18 años, o tratarse del tipo no neuropática del adulto con uno o más de los siguientes signos: Trombocitopenia con tendencia al sangrado (Recuento de plaquetas menor a 120.000 x mm3). Anemia moderada o severa luego de excluir otras deficiencias como falta de hierro (Hemoglobina: 1,0 g/dl debajo del límite inferior para sexo y edad). Patología ósea luego de excluir otras causas como déficit de Vitamina D. Evidencia radiológica de enfermedad esquelética más allá de la osteopenia y/o deformación de Erlenmeyer. Enfermedad de Erlenmeyer (patología ósea característica) evaluada a través de RM o Rx femorales o de columna. Hepatomegalia significativa (tamaño hepático más de 1,25 veces del valor normal - 1.750 cc, en adultos) y esplenomegalia (tamaño cinco veces o más mayor al valor normal - 875 cc en adultos).	Documentación médica específica: *Historia clínica con estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (basado en la disminución de la actividad enzimática específica en sangre) y las circunstancias clínicas (2 o mas) detalladas en fundamentos terapéuticos. *Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la que se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, con la firma y sello del especialista y del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Enfermedad de Pompe	Aglucosidasa alfa		Actividad disminuida de la enzima alfa glucosidasa en sangre, o por biopsia compatible	Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompe, tanto en su variante Temprana como Tardía	Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima aglucosidasa alfa en sangre). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Enfermedad fibroquística del páncreas	Enzima pancreática	FQ	1) Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L con una segunda prueba que lo confirme) 2) Estudio molecular que documente la disfunción del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR) en aquellos casos dudosos	Todos los pacientes con Fibrosis Quística como complemento nutricional	Documentación médica específica: Historia Clínica con inclusión de estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza (ver fundamentos diagnósticos) y evaluación del grado de severidad de la FQ.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Enfermedad fibroquística del páncreas	RhDnasa humana	FQ	1) Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L con una segunda prueba que lo confirme) 2) Estudio molecular que documente la disfunción del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR) en aquellos casos dudosos	Indicado crónicamente en a) Pacientes de 6 años o más, capaces de realizar pruebas de función pulmonar reproducibles (variabilidad entre test < 5%) b) VEF1 ≥ 40% del esperado. c) Deterioro del registro de al menos 10% respecto a su función pulmonar basal, corroborado durante 3 meses en pruebas mensuales d) Pacientes que cumplan estrictamente la terapia convencional	Documentación médica específica: Historia Clínica con inclusión de estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza (ver fundamentos diagnósticos) y evaluación del grado de severidad de la FQ.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Enfermedad fibroquística del páncreas	Tobramicina	FQ	1) Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L con una segunda prueba que lo confirme) 2) Estudio molecular que documente la disfunción del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR) en aquellos casos dudosos	En casos de neumonías por Pseudomonas aeruginosa. Deberá incorporarse resultado del cultivo y antibiograma de esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial.	Documentación médica específica: Historia clínica con inclusión de estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza (ver fundamentos diagnósticos) y evaluación del grado de severidad de la FQ. En caso de neumonía por P. Aeruginosa presentar cultivo de esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial con identificación del germen y antibiograma correspondiente	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Mucopolisacaridosis tipo I	Laronidasa		Actividad disminuida de la enzima α-L-iduronidasa	a) Pacientes con Subtipo Hurler b) Pacientes con Subtipo Hurler-Scheie c) Pacientes con Subtipo Scheie y síntomas moderados a severos	Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima específica en sangre tal como se detalla en los fundamentos terapéuticos). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Mucopolisacaridosis tipo II	Idursulfasa		Actividad disminuida de la enzima Iduronato sulfatasa	Pacientes con Fenotipo Leve. No se otorgará tratamiento en los siguientes casos: a) Formas graves o avanzadas, en las que no se observa beneficios significativos b) Pacientes con daño neurológico o cognitivo severo	Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima específica en sangre tal como se detalla en los fundamentos terapéuticos). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Hereditaria	Mucopolisacaridosis tipo VI	Galsulfase		Actividad disminuida de la enzima Galactosamina 4-sulfatasa	<p>Criterios para iniciar tratamiento: a) Apneas del sueño: Más de 1 evento/hora en menores de 18 años o más de 5 eventos/hora en mayores de 18 años. b) Saturación de O2 nocturna: &lt;92% en menores de 18 años; &lt;85% en mayores de 18 años CVF &lt;80% del predicho c) Caminar menos de 350 m en Test de 6 minutos d) Deterioro de Función sistólica del VI.</p> <p>Criterios de Exclusión y/o suspensión del tratamiento: a) Deterioro de parámetros clínicos luego de 12 meses de iniciada la Terapia de Reemplazo Enzimático (TRE). b) Progresión a enfermedad terminal</p>	Documentación médica específica: *Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima específica en sangre tal como se detalla en los fundamentos terapéuticos). *Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita el reintegro c/ detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico especialista tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Astrocitoma Anaplásico	Temozolamida		Anatomía patológica	Astrocitoma anaplásico refractario (pacientes con una primera recaída que han experimentado progresión de la enfermedad con un régimen de dosis que contiene nitrosourea y procarbazona.)	Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor (déficit motor-trastornos Psíquicos Sme de hipertensión endocraneana etc). *Detalle de la conducta terapéutica implementada (Protocolo quirúrgico si se ha intervenido y protocolo de la radioterapia postquirúrgica y/o Quimioterapia postquirúrgica). *Biopsia. *Fundamentación del médico especialista en Oncología del uso de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro. *Esquema utilizado (dosis/tiempo) y respuesta, firmado y sellado por dicho especialista y del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer gastrointestinal	Sunitinib		Anatomía patológica	Después de la progresión de la enfermedad durante el tratamiento con mesilato de imatinib o de la intolerancia al mismo.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar los exámenes complementarios que avalan el Diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia. *Tratamientos previos efectuados: tratamiento sistémico previo con imatinib: droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por Médico Oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de colon	Bevacizumab		Anatomía patológica	En combinación con quimioterapia basada en fluoropirimidinas para el tratamiento de pacientes con carcinoma metastásico de colon o recto.	Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor y localización. *Estadificación. *Anatomía Patológica. *Tratamientos previos efectuados (protocolo de Quimioterapia) y fundamentación del Oncólogo del uso del agente biológico sobre el cual se solicita reintegro con detalle de dosis-tiempo y respuesta, firmado y sellado por dicho profesional y con el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de colon	Cetuximab		Anatomía patológica	Tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico con expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y con gen KRAS de tipo nativo, en combinación con quimioterapia o como agente único en pacientes que fracasaron con tratamientos basados en oxaliplatino e Irinotecan o que no toleraban Irinotecan.	Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor y localización-Estadificación-Espresion del Factor de crecimiento Epidérmico (EGFR). *Anatomía Patológica. *Tratamientos previos efectuados (protocolo de Quimioterapia) y fundamentación del Oncólogo del uso del agente biológico sobre el cual se solicita reintegro con detalle de dosis-tiempo y respuesta, firmado y sellado por dicho profesional y con el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de hígado	Sorafenib	CHC	Anatomía patológica	Tratamiento de pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) no operable.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico. *Estadificación. *Biopsia. *Justificación del especialista en Oncología del uso del agente biológico cuyo reintegro se solicita con detalle del esquema utilizado (dosis/tiempo) y respuesta, firmado y sellado por dicho profesional y por el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de mama	Bevacizumab		Anatomía patológica	En combinación con paclitaxel para el tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de mama metastásico.	Documentación médica específica: *Historia clínica efectuada por médico especialista en Ginecología con detalle del cuadro clínico y del examen físico. *Biopsia. *Estadificación. *Marcadores tumorales. (C15.3) Receptores hormonales. *Tratamientos previos (Quimioterapia: con detalle de droga/dosis/ciclos-quirúrgica:Protocolo quirúrgico-Radioterapia:Protocolo). *Justificación médica del empleo del agente biológico sobre el cual se solicita reintegro. *Esquema utilizado (dosis/tiempo - asociación a otros antineoplásicos y respuesta firmado y sellado por Oncólogo tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de mama	Fulvestran		Anatomía patológica	Mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico y con receptor estrogénico positivo, cuya enfermedad ha recidivado durante o después del tratamiento adyuvante con antiestrógenos o bien cuya enfermedad ha progresado pese a un tratamiento antiestrogénico.	Documentación médica específica: *Historia clínica confeccionada por médico especialista en Ginecología donde conste el examen físico y detalle del cuadro clínico. *Biopsia. *Estadificación. *Marcadores tumorales. *(C15.3) Receptores hormonales. *Tratamientos previos (Quimioterapia: con detalle de droga/dosis/ciclos-cirugía;Protocolo quirúrgico- Radioterapia:Protocolo ). *Justificación médica del empleo del agente biológico sobre el cual se solicita reintegro. *Esquema utilizado (dosis/tiempo - asociación a otros antineoplásicos y respuesta firmado y sellado por Oncólogo tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de mama	Lapatinib		Anatomía patológica	1) En combinación con Capecitabina para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama avanzado o en estado metastásico cuyos tumores sobreexpresan ErbB2 y quienes hayan recibido terapia previa incluyendo una antraciclina, un taxano y trastuzumab. 2) En combinación con Letrozol para el tratamiento de mujeres post-menopáusicas con cáncer de mama metastásico receptor hormonal positivo que sobreexpresa el receptor ErbB2 para las cuales el tratamiento hormonal está indicado.	Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor y localización confeccionada por especialista en Ginecología. *Estadificación. *Anatomía Patológica. *Expresión del receptor ERBb2 y receptores estrogénicos. *Tratamientos previos efectuados con detalle de droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación del Oncólogo tratante del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con dosis-tiempo-combinación con otros agente antineoplásicos y respuesta, que deberá estar firmada y sellada por dicho profesional y por el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de mama	Trastuzumab		Anatomía patológica	<b>Cáncer de mama precoz:</b> En pacientes con HER2 positivo: 1)Después de cirugía, quimioterapia (adyuvante o neoadyuvante) y radioterapia (si corresponde). 2)Después de quimioterapia adyuvante con doxorubicina y ciclofosfamida, en combinación con paclitaxel docetaxel. 3) En combinación con quimioterapia adyuvante consistente en docetaxel y carboplatino. <b>Cáncer de Mama Metastásico (CMM):</b> 1)- Como monoterapia para el tratamiento de aquellos pacientes que hayan recibido por lo menos dos regímenes quimioterápicos para su enfermedad metastásica. La quimioterapia previa debe haber incluido por lo menos una antraciclina y un taxano, excepto que estos tratamientos no estén indicados en los pacientes. 2)-En combinación con paclitaxel para el tratamiento de aquellos pacientes que no hayan recibido quimioterapia para su enfermedad metastásica y en los cuales no esté indicado un tratamiento con antraciclina. 3)-En combinación con docetaxel para el tratamiento de aquellos pacientes que no hayan recibido quimioterapia para su enferme	Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción de las características clínicas de presentación del tumor y localización confeccionada por médico especialista en Ginecología. *Estadificación. *Anatomía Patológica. *Expresión del receptor Her2 y receptores estrogénicos. *Tratamientos previos de Quimioterapia efectuados con detalle de droga/dosis/tiempo y respuesta. *Protocolo quirúrgico si se efectuó cirugía y Protocolo de RT si fue efectuada. *Fundamentación del Oncólogo del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con dosis-tiempo-combinación con otros agente antineoplásicos y respuesta, avalada por la firma y sello de dicho profesional y del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de ovario epitelial, Trompa de Falopio o Peritoneal Primario	Bevacizumab		Anatomía patológica	En combinación con carboplatino y paclitaxel para el tratamiento de primera línea del cáncer avanzado (estadios FIGO IIB, metastásico y IV) de ovario epitelial. Trompa de Falopio, o peritoneal primario.	Documentación médica específica: *Historia clínica donde conste el examen ginecológico, el cuadro clínico de presentación del tumor y la localización, confeccionada por especialista en Ginecología. *Secuencia de exámenes complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Tratamiento previo (cirugía: protocolo quirúrgico - radioterapia: protocolo). *Fundamentación médica del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con dosis-tiempo-combinación con otros agente antineoplásicos y respuesta, confeccionada por el Oncólogo, con su firma y sello y avalada por la firma del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de páncreas	Erlotinib		Anatomía patológica	En combinación con gemcitabina, está indicado para el tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado, no resecable o metastásico	Documentación médica específica: *Historia clínica. *Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Si se efectuaron tratamientos previos detallarlos. *Justificación médica del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada y tiempo, firmada por el médico Oncólogo tratante y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de páncreas	Sunitinib		Anatomía patológica	Tumores neuroendocrinos pancreáticos bien diferenciados, no resecables, localmente avanzados o metastásicos, con progresión de la enfermedad.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar los exámenes complementarios que avalan el Diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia. *Tratamientos previos efectuados. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por Médico Oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de pulmón	Bevacizumab		Anatomía patológica	Asociado a quimioterapia basada en platino, para el tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado no resecable.	Documentación médica específica: *Historia clínica. *Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Si se efectuaron tratamientos previos detallarlos (incorporar Protocolos de Quimioterapia/Radioterapia/cirugía o fundamentar irsecabilidad). *Justificación médica del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada y tiempo, firmada y sellada por el médico especialista en Oncología y por el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de pulmón	Erlotinib		Anatomía patológica	Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) Tratamiento de de primera línea de pacientes con mutaciones activadoras del EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico). 2) Monoterapia para el tratamiento de mantenimiento de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas localmente avanzado o metastásico, cuya enfermedad no progresó luego de cuatro ciclos de quimioterapia de primera línea a base de platino. 3) Monoterapia para tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) localmente avanzado o metastásico, luego del fracaso	Documentación médica específica: *Historia clínica. *Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Si se efectuaron tratamientos previos detallarlos (incorporar Protocolos de Quimioterapia/Radioterapia/cirugía o fundamentar irsecabilidad). *Justificación médica del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada y tiempo, firmada y sellada por el médico especialista en Oncología y por el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de pulmón	Gefitinib		Anatomía patológica	Tratamiento de primera línea del cáncer de pulmón a células no pequeñas (NSCLC): 1) Localmente avanzado, metastásico, en pacientes con mutaciones activadoras de la proteína quinasa del receptor del factor de crecimiento epidérmico (TK-EGFR). 2) Localmente avanzado o metastásico, en pacientes que han recibido previamente quimioterapia.	Documentación médica específica: *Historia clínica. *Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Estadificación. *Biopsia. *Si se efectuaron tratamientos previos detallarlos (incorporar Protocolos de Quimioterapia/Radioterapia/cirugía o fundamentar irsecabilidad). *Justificación médica del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada y tiempo, firmada y sellada por el médico especialista en Oncología y por el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de Riñón	Bevacizumab		Anatomía patológica	En combinación con interferón alfa-2a para el tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de células renales avanzado y/o metastásico.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detalle de los exámenes complementarios que avalen el diagnóstico de certeza. *Estadificación y biopsia. *Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total. *Informar criterios de irsecabilidad o inoperabilidad. *Tratamiento sistémico previo: droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación médica del uso del agente biológico cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de Riñón	Sorafenib	CCR	Anatomía patológica	Tratamiento de pacientes con carcinoma celular renal (CCR) avanzado.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detalle de los exámenes complementarios que avalen el diagnóstico de certeza. *Estadificación y biopsia. *Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total. *Informar criterios de irsecabilidad o inoperabilidad. *Tratamiento sistémico previo: droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación médica del uso del agente biológico cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer de Riñón	Sunitinib		Anatomía patológica	Tratamiento del carcinoma de células renales avanzado y/o metastásico.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detalle de los exámenes complementarios que avalen el diagnóstico de certeza. *Estadificación y biopsia. *Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total. *Informar criterios de irsecabilidad o inoperabilidad. *Tratamiento sistémico previo: droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación médica del uso del agente biológico cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer en region de cabeza y cuello	Cetuximab		Anatomía patológica	Tratamiento de de pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello en combinación con radioterapia para la enfermedad localmente avanzada, en combinación con quimioterapia basada en platino para la enfermedad recurrente y/o metastásica, o como agente único después del fracaso de la quimioterapia para la enfermedad.	Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción del examen físico, las características clínicas de presentación del tumor y localización confeccionada por médico especialista en Cabeza y Cuello. *Estadificación-Anatomía Patológica. *Tratamientos previos efectuados: (cirugía:protocolo quirúrgico - radioterapia:protocolo-Quimioterapia: droga/dosis/ciclos) (protocolos de Quimioterapia.) *Fundamentación médica del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis-tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmado y sellado especialista en Oncología y avalado además por la firma y el sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer gastrointestinal	Imatinib		Anatomía patológica	Pacientes adultos con tumores del estroma gastrointestinal (GIST) malignos no resecables y/o metastásicos Kit (CD 117) positivos.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar los exámenes complementarios que avalan el Diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia - marcador CD117. *Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total:parte quirúrgico- Informar criterios de irresecabilidad o inoperabilidad. *Tratamiento sistémico previo:droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizaday tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer gastrointestinal	Trastuzumab		Anatomía patológica	En combinación con capecitabina o 5-fluorouracilo y cisplatino, está indicado para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma gástrico o unión gastroesofágica metastásico, HER2 positivo, que no hayan recibido un tratamiento previo para las metástasis.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia- Marcadores Her2. *Tratamientos previos efectuados: cirugía de resección parcial o total:parte quirúrgico-informar criterios de irresecabilidad o inoperabilidad. *Tratamiento sistémico previo:droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico Oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer gastrointestinal	Sunitinib		Anatomía patológica	Después de la progresión de la enfermedad durante el tratamiento con mesilato de imatinib o de la intolerancia al mismo.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia. *Tratamientos previos efectuados: tratamiento sistémico previo con Imatinib:droga/dosis/tiempo y respuesta. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Cáncer hipofisario productor de somatostatina	Octreotide		Anatomía patológica	Para el control de síntomas leves a moderados.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia. *Niveles de somatostatina. *Tratamientos previos efectuados. *Fundamentación médica de uso del agente cuyo reintegro se solicita (detallar dosis utilizada y tiempo) firmada y sellada por médico oncólogo y Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Dermatofibrosarcoma Protuberans	Imatinib		Anatomía patológica	Irresecable, recidivante y/o metastásico	Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción del examen físico, las características clínicas de presentación del tumor y localización confeccionada por médico especialista dermatología u oncología. *Biopsia. *Estadificación. *Protocolo quirúrgico de la resección efectuada (tratamiento de elección) *Protocolo de radioterapia (si se utilizo luego de resecciones parciales) *Fundamentación médica del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis-tiempo, respuesta, firmado y sellado especialista en oncología y/o dermatología, avalado con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Glioblastoma	Bevacizumab		Anatomía patológica	Monoterapia en el tratamiento de pacientes con recidiva de glioblastoma (Grado IV según la OMS) después de un tratamiento anterior con temozolomida	Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción del examen físico, las características clínicas de presentación del tumor y el estado evolutivo- *Biopsia. En su defecto ya que hay localizaciones (ej tronco cerebral) donde la biopsia no se puede realizar, aquellos estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza- Estadificación- Protocolo quirúrgico ( si la cirugía es posible), protocolo de radioterapia y Protocolo de Quimioterapia(droga/dosis/ciclos) *Estadificación- *Fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis-tiempo, respuesta, firmado y sellado especialista en oncología, avalado con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Glioblastoma	Temozolamida		Anatomía patológica	Glioblastoma multiforme recientemente diagnosticado en forma concomitante con radioterapia y luego como tratamiento de mantenimiento	Documentación médica específica: *Historia clínica con descripción del examen físico, las características clínicas de presentación del tumor y el estado evolutivo- *Biopsia. En su defecto ya que hay localizaciones (ej tronco cerebral) donde la biopsia no se puede realizar, aquellos estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza- Estadificación- Protocolo quirúrgico (si la cirugía es posible), protocolo de radioterapia y Protocolo de Quimioterapia (drogas/dosis/ ciclos) *Estadificación- *Fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis-tiempo, respuesta, firmado y sellado especialista en oncología, avalado con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia de Células Vellosas	Cidribine		Anatomía patológica	Pacientes con Leucemia de células vellosas como primera línea de tratamiento	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe . . . presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en pimera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Linfática Crónica	Rituximab	LLC	Anatomía patológica	En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con leucemia linfática crónica (LLC) que no hayan sido tratados previamente o que estén en recidiva o refractarios a un tratamiento previo.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estado, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en pimera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Linfática Crónica	Ciadribine	LLC	Anatomía patológica	En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con leucemia linfática crónica (LLC) que no hayan sido tratados previamente o que estén en recidiva o refractarios a un tratamiento previo.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Linfoblástica Aguda	Dazatinib	LLA	Anatomía patológica	LLA con cromosoma Filadelfia positivo con resistencia o intolerancia al tratamiento previo.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Linfoblástica Aguda	Imatinib	LLA	Anatomía patológica	LLA con mutación del cromosoma de filadelfia, en fase de recaída o refractaria	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Linfoblástica Aguda	Pegasparraginasas	LLA	Anatomía patológica	1) Primera línea en pacientes pediátricos y adultos, con leucemia linfoblástica aguda (LLA) como componente de un régimen quimioterápico multi-agente. 2) En combinación con otros agentes quimioterápicos, para el tratamiento de pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA), pediátricos y adultos, con hipersensibilidad conocida a la L-asparraginasas	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y/o demostración de sensibilidad a la L-asparraginasas. * En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Linfoblástica Crónica	Cladribine		Anatomía patológica	Pacientes con Leucemia de Células Vellosas	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostracion el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Mieloide Crónica	Dazatinib	LMC	Anatomía patológica	1) LMC cromosoma Filadelfia positiva en fase crónica acelerada o mieloblástica o linfoblástica con resistencia o intolerancia al tratamiento previo, incluido imatinib. 2) LMC con cromosoma Filadelfia positiva en fase crónica recién diagnosticada.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostracion el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Mieloide Crónica	Imatinib	LMC	Anatomía patológica	1) LMC con mutación del cromosoma filadelfia, en fase crónica hasta 5 años. 2) LMC en fase crónica, acelerada o crisis blástica, con fallo de terapia con interferón alfa. 3) LMC en pacientes pediátricos en fase de reciente diagnóstico o luego de trasplante de médula ósea.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostracion el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Mieloide Crónica	Nilotinib	LMC	Anatomía patológica	1) Tratamiento de pacientes adultos con LMC cromosoma Filadelfia positivo de reciente diagnóstico en fase crónica (FC). 2) Tratamiento de la LMC en FC o en fase acelerada en pacientes adultos con resistencia o intolerancia a por lo menos 1 tratamiento previo, incluido el tratamiento con imatinib.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostracion el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descritos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Leucemia Pro Mielocítica	Trióxido de Arsenico		Anatomía patológica	Inducción de la remisión y consolidación de pacientes adultos con leucemia promielocítica aguda refractaria/recidivante, caracterizada por la presencia de translocación (15; 17) y/o la presencia del gen alfa (PML / RAR -alpha) Leucemia-Pro Mielocítica /Receptor de Ácido Retinoico. El tratamiento anterior debe haber incluido un retinoide y quimioterapia.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Linfoma cutáneo	Bexatoreno		Anatomía patológica	Manifestaciones cutáneas del linfoma de células T (LCCT) en pacientes que han sido refractarios a por lo menos una terapia sistémica previa	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Linfoma de Células del Manto	Bortezomib		Anatomía patológica	Pacientes que han recibido al menos una terapia previa.	Documentación Médica Específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por Médico Especialista Hematologo y/u Oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (Drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Linfoma No Hodgkin Folicular	Rituximab		Anatomía patológica	En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con linfoma no-Hodgkin folicular estadios III-N que no hayan sido tratados previamente. Tratamiento de mantenimiento de pacientes con linfoma folicular que hayan respondido al tratamiento de inducción. Tratamiento de pacientes con linfoma no-Hodgkin folicular estadios III-N que son quimiorresistentes o están en su segunda o posterior recidiva tras la quimioterapia.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza. *Debe presentar Certificación del Diagnostico hecha por médico especialista hematologo y/u oncohematólogo con firma y sello y avalada con la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud. *Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. *En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el reintegro se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos)- y respuesta. *Se reconocerá el reintegro solo para los medicamentos detallados para estas patologías y en el contexto de los fundamentos terapéuticos descriptos en la columna ad hoc).	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Mastocitosis Sistémica Agresiva	Imatinib		Anatomía patológica	Sin mutación del D816B c-kit, o estado mutacional del c-kit desconocido	Documentación médica específica: *Historia clínica con manifestaciones características de acuerdo al órgano afectado y con detalle de los exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de la enfermedad, su forma clínica y los principales órganos afectados. *Anatomía Patológica. *Tratamiento inicial instituido con detalle de droga/dosis/tiempo/respuesta. *Debe presentarse la certificación del Diagnóstico y su forma clínica con firma y sello del médico especialista tratante. *La solicitud del agente biológico sobre el cual se solicita el reintegro deberá estar confeccionada por el especialista con detalle de la dosis utilizada /tiempo/respuesta firmada y sellada y deberá además estar firmada y sellada por del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Mieloma múltiple	Bortezomib		Anatomía patológica	Pacientes con mieloma múltiple. En asociación con dexametasona o ciclofosfamida	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle de las manifestaciones y del tipo de mieloma. *Hallazgos de laboratorio que avalen el Diagnóstico de Certeza proteinograma por inmunoelectroforesis para investigar paraproteína- dosaje de Inmunoglobulinas- Proteinuria de Bence-Jones- hipercalemia- insuficiencia renal- Medulograma con biopsia y PAMO con estudio citogenético para evaluar carga tumoral y pronóstico). *Tratamiento inicial instituido con detalle de droga/dosis/tiempo/respuesta. *Debe presentarse la certificación del Diagnóstico y su forma clínica con firma y sello del médico especialista en Hematología. *La solicitud del medicamento sobre el cual se solicita reintegro debe contener el detalle de la dosis utilizada/tiempo/respuesta firmada y sellada y el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Mieloma múltiple	Lenalidomida		Anatomía patológica	En combinación con dexametasona está indicado para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido por lo menos una terapia anterior y no han respondido al tratamiento.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle de las manifestaciones y del tipo de mieloma. *Hallazgos de laboratorio que avalen el Diagnóstico de Certeza proteinograma por inmunoelectroforesis para investigar paraproteína- dosaje de Inmunoglobulinas- Proteinuria de Bence-Jones- hipercalemia- insuficiencia renal- Medulograma con biopsia y PAMO con estudio citogenético para evaluar carga tumoral y pronóstico). *Tratamiento inicial instituido con detalle de droga/dosis/tiempo/respuesta. *Debe presentarse la certificación del Diagnóstico y su forma clínica con firma y sello del médico especialista en Hematología. *La solicitud del medicamento sobre el cual se solicita reintegro debe contener el detalle de la dosis utilizada/tiempo/respuesta firmada y sellada y el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Prevención de recidiva del carcinoma de vejiga	Inmunonicianina		Anatomía patológica	Prevención de recidiva de carcinoma de vejiga tras resección transuretral y para el caso en que otros tratamientos hayan fracasado.	Documentación médica específica: *Historia clínica donde el cuadro clínico de presentación del tumor, los estudios complementarios que se efectuaron para arribar al diagnóstico de certeza. *Estadificación. * Biopsia y protocolo quirúrgico de la resección transuretral del tumor de vejiga. *Solicitud del medicamento sobre el cual se tramita el reintegro con dosis utilizada/tiempo firmada y sellada por el médico especialista en oncología y por el Auditor Médico del Agente de salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Síndrome carcinoide	Octreotide		Anatomía patológica	Para el control de síntomas leves a moderados en pacientes con síndrome carcinoide.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. *Detallar de los exámenes complementarios que avalen el diagnóstico de certeza. *Estadificación y Biopsia. *Tratamientos previos instituidos (cirugía de resección en casos localizados/ caso contrario fundamentar irreseccabilidad). *Fundamentación médica del especialista en oncología cargo del paciente firmada y sellada por dicho profesional, donde detalle la medicación sobre la cual se solicita el reintegro con dosis utilizada/ tiempo/respuesta y con el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Síndrome hipereosinofílico	Imatinib		Anatomía patológica	Pacientes con sobreexpresión de kinasa de fusión FIP1L1-PDFGR, negativa o desconocida	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y detalle de los exámenes complementarios que certifican el diagnóstico de certeza (hemograma-mielograma-Radiografía de tórax-Dosaje de IgE y otros con los que se descartaron otras causas de eosinofilia como parasitosis. *Estado evolutivo del cuadro y tratamientos previos instituidos. *Fundamentación médica del especialista en hematología a cargo del paciente con firmada y sellada por dicho profesional, donde detalle la medicación sobre la cual se solicita el reintegro con dosis utilizada/ tiempo/respuesta y con el aval de la firma y sello del Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Síndrome mielodisplásico	Azaticina		Citopenia estable: unilineal mayor a 6 meses y multilineal o con alteraciones citogenéticas mayor 2 meses. Exclusión de otras causas secundarias de displasia. Y, al menos, 1 de los 3 criterios siguientes: a) Displasia medular $\geq 10\%$ en al menos 1 línea celular b) Blastos medulares 5-19%. C) Cariotipo específico asociado a SMD: del(5q), del(20q), +8, -7/del(7q)	Todos los siguientes subtipos de síndrome mielodisplásico: 1) Anemia Refractaria o Anemia Refractaria con Sideroblastos en anillos (si está acompañada de neutropenia o trombocitopenia o requiere transfusiones), 2) Anemia Refractaria con exceso de blastos, 3) Anemia Refractaria con exceso de Blastos en Transformación y 4) Leucemia Mielomonocítica Crónica.	Documentación médica específica: *Historia clínico-hematológica con diagnóstico del tipo de mielodisplasia hecho por especialista en Hematología- Certificación del diagnóstico firmada y sellada por el especialista donde conste además la fundamentación médica del uso del medicamento cuyo reintegro se solicita. *Los exámenes complementarios básicos para el estudio de una mielodisplasia son: frotis de sangre periférica-aspirado, biopsia y valoración del hierro en médula. *Dosaje de Eritropoyetina, ácido fólico y vit B12. *Metabolismo del hierro: ferritina sérica, TIBC, saturación de transferrina y ferremia. *Estudio de la función renal y hepática-serología para HIV y hepatitis. *En posible candidatos a trasplante de médula ósea o en aquellos con médula ósea hipoplásica se debe hacer estudio HLA.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Síndrome mielodisplásico	Imatinib	SMD	Citopenia estable: unilineal mayor a 6 meses y multilineal o con alteraciones citogenéticas mayor 2 meses. Exclusión de otras causas secundarias de displasia. Y, al menos, 1 de los 3 criterios siguientes: a) Displasia medular $\geq 10\%$ en al menos 1 línea celular b) Blastos medulares 5-19%. C) Cariotipo específico asociado a SMD: del(5q), del(20q), +8, -7/del(7q)	Tratamiento en aquellos pacientes con asociación de la mutación del receptor de factor de crecimiento de plaquetas	Documentación médica específica: *Historia clínico-hematológica con diagnóstico del tipo de mielodisplasia hecho por especialista en Hematología- Certificación del diagnóstico firmada y sellada por el especialista donde conste además la fundamentación médica del uso del medicamento cuyo reintegro se solicita. *Los exámenes complementarios básicos para el estudio de una mielodisplasia son: frotis de sangre periférica-aspirado, biopsia y valoración del hierro en médula. *Dosaje de Eritropoyetina, ácido fólico y vit B12. *Metabolismo del hierro: ferritina sérica, TIBC, saturación de transferrina y ferremia. *Estudio de la función renal y hepática-serología para HIV y hepatitis. *En posible candidatos a trasplante de médula ósea o en aquellos con médula ósea hipoplásica se debe hacer estudio HLA. *Estudio de mutación de receptor de factor de crecimiento de plaquetas	Ver Anexo V
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Síndrome mielodisplásico	Lenalidomida		Citopenia estable: unilineal mayor a 6 meses y multilineal o con alteraciones citogenéticas mayor 2 meses. Exclusión de otras causas secundarias de displasia. Y, al menos, 1 de los 3 criterios siguientes: a) Displasia medular $\geq 10\%$ en al menos 1 línea celular b) Blastos medulares 5-19%. C) Cariotipo específico asociado a SMD: del(5q), del(20q), +8, -7/del(7q)	Anemia asociada a transfusiones frecuentes, y mutación del cromosoma 5q	Documentación médica específica: *Historia clínico-hematológica con diagnóstico del tipo de mielodisplasia hecho por especialista en Hematología- Certificación del diagnóstico firmada y sellada por el especialista donde conste además la fundamentación médica del uso del medicamento cuyo reintegro se solicita. *Los exámenes complementarios básicos para el estudio de una mielodisplasia son: frotis de sangre periférica-aspirado, biopsia y valoración del hierro en médula. *Dosaje de Eritropoyetina, ácido fólico y vit B12. *Metabolismo del hierro: ferritina sérica, TIBC, saturación de transferrina y ferremia. *Estudio de la función renal y hepática-serología para HIV y hepatitis. *En posible candidatos a trasplante de médula ósea o en aquellos con médula ósea hipoplásica se debe hacer estudio HLA. *Estudio de mutación del cromosoma 5q	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Enfermedad Oncológica	Síndrome mielodisplásico	Decitabina	SMD	Citopenia estable: unilineal mayor a 6 meses y multilineal o con alteraciones citogenéticas mayor 2 meses. Exclusión de otras causas secundarias de displasia. Y, al menos, 1 de los 3 criterios siguientes: a) Displasia medular $\geq 10\%$ en al menos 1 línea celular b) Blastos medulares 5-19%. C) Cariotipo específico asociado a SMD: del(5q), del(20q), +8, -7/del(7q)	Pacientes con Síndromes Mielodisplásicos, para cualquiera de los subtipos, para tratamiento inicial o luego de fracaso de otras alternativas	Documentación médica específica: *Historia clínico-hematológica con diagnóstico del tipo de mielodisplasia hecho por especialista en Hematología- Certificación del diagnóstico firmada y sellada por el especialista donde conste además la fundamentación médica del uso del medicamento cuyo reintegro se solicita. *Los exámenes complementarios básicos para el estudio de una mielodisplasia son: frotis de sangre periférica-aspirado, biopsia y valoración del hierro en médula. *Dosaje de Eritropoyetina, ácido fólico y vit B12. *Metabolismo del hierro: ferritina sérica, TIBC, saturación de transferrina y ferremia. *Estudio de la función renal y hepática-serología para HIV y hepatitis. *En posible candidatos a trasplante de médula ósea o en aquellos con médula ósea hipoplásica se debe hacer estudio HLA.	Ver Anexo V
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Rechazo de órgano o tejido	Azatioprina		Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia	Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.	Ver Anexo V
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Rechazo de órgano o tejido	Ciclosporina		Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia	Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente. Para cualquier órgano o tejido, y como agente único o asociado a corticoide.	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.	Ver Anexo V
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Rechazo de órgano o tejido	Micofenolato		Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia	Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Rechazo de órgano o tejido	Serolimus		Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia	Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.	Ver Anexo V
	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Rechazo de órgano o tejido	Tacrolimus		Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia	Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente. Para trasplante de hígado.	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.	Ver Anexo V
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Rechazo de órgano o tejido	Tacrolimus		Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia	Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente. Para trasplante de riñón o corazón.	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.	Ver Anexo V
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Rechazo de órgano o tejido	Inmunoglobulina humana inespecífica		Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia	Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes del Anexo II de la presente, de por vida del paciente. Para rechazo agudo vascular.	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.	Ver Anexo V
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Rechazo de órgano o tejido	Timoglobulina		Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia	Tratamiento de la enfermedad injerto contra huésped aguda corticorresistente, en casos de rechazo renal. Para trasplante renal.	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante y detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis- Constancia del Registro en lista de espera oficial del INCUCAI y en lo posible de la contancia del Registro de pacientes transplantados del INCUCAI Oficial en Lista de Espera.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegró	Valor a reintegrar
Multisistémico	Insuficiencia con riesgo de vida de uno o mas órganos o tejidos	Rechazo de órgano o tejido	Valganciclovir		Signos de disminución del funcionamiento del órgano (oliguria, disnea), Radiografía, Eco, TAC, pruebas funcionales de laboratorio, biopsia	Prevención de la enfermedad por citomegalovirus (CMV) en pacientes receptores de transplantes de órganos sólidos que se encuentran en condiciones de riesgo de contraer dicha enfermedad.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico actual, donde conste fecha del trasplante, tipo de trasplante. *Esquema terapéutico utilizado, sus ajustes y modificaciones y el esquema actual con dosis/tiempo/respuesta. *Constancia del Registro de Pacientes Trasplantados del INCUCAI. *Fundamentación médica de la medicación que se solicita, detallando las dosis utilizadas/tiempo /respuesta /asociaciones a otras drogas firmada y sellada por el médico especialista Trasplantólogo y el Auditor Médico. *Serologías para CMV del donante y del receptor.	Ver Anexo V
Multisistémico	Trastorno del Crecimiento	Acromegalia	Pegvisomant		1) niveles de factor de crecimiento tipo insulina-I (IGF-I) ó somatomedina C 2) Curva de tolerancia a la glucosa con falta de supresibilidad de los niveles de hormona de crecimiento a <1 ng/ml, o la presencia de una elevación paradójica de esta	Tratamiento de pacientes con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación y que el tratamiento con octreotido no haya normalizado los valores del factor de crecimiento I tipo insulina (IGFI), o no pueda ser tolerado.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico. *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (Niveles de somatomedina c o factor de crecimiento tipo insulina, niveles de hormona de crecimiento, TAC, RNM). *Esquema terapéutico previo instituido en detalle, incluyendo parte quirúrgico, plan de radioterapia. *Justificación médica de la utilización del agente sobre el cual se solicita el reintegro informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Multisistémico	Trastorno del Crecimiento	Acromegalia	Octreotide		1) niveles de factor de crecimiento tipo insulina-I (IGF-I) ó somatomedina C 2) Curva de tolerancia a la glucosa con falta de supresibilidad de los niveles de hormona de crecimiento a <1 ng/ml, o la presencia de una elevación paradójica de esta	Pacientes en que la cirugía o radioterapia son inadecuados o ineficaces, así como el período interino hasta que la radioterapia sea eficaz	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico. *Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (Niveles de somatomedina c o factor de crecimiento tipo insulina, niveles de hormona de crecimiento, TAC, RNM). *Esquema terapéutico previo instituido en detalle, incluyendo parte quirúrgico, plan de radioterapia. *Justificación médica de la utilización del agente sobre el cual se solicita el reintegro informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico especialista tratante y por el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegró	Valor a reintegrar
Multisistémico	Trastorno del Crecimiento	Insuficiencia renal Crónica en la infancia	Hormona de crecimiento		Filtrado glomerular menor a 90 ml/min	No se reconocerá la cobertura del apoyo financiero solicitado en los siguientes casos: 1) Niños con baja estatura idiopática. 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten: a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones. b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento. c) cierre de los cartilagos de crecimiento.	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica firmado por médico tratante y Auditor Médico del Agente de salud. *Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo) *Estudio Genético (si correspondiere: en caso de síndromes genéticos asociados con la Insuficiencia renal con déficit o disminución del dosaje sérico de HC). *Tabla de crecimiento pondoestatural- *Edad ósea. *Consentimiento Informado firmado por padres o tutor.	Ver Anexo V
Multisistémico	Trastorno del Crecimiento	Retardo del Crecimiento Intrauterino	Hormona de crecimiento		Niño con peso o talla al nacer que se encuentre por debajo de los 2 desvíos estándares (debajo del percentilo 3) de la media	Niños nacidos pequeños para edad gestacional (entre 1,80 y 1,19 desvíos estándar) con el subsecuente déficit de crecimiento a los 2 años o más que no hayan realizado un crecimiento compensatorio. La dosis recomendada es de 0,48 mg/kg por semana durante por lo menos 2 años, debiéndose proseguir con el tratamiento hasta que se logre la estatura final.	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica firmado por médico tratante y Auditor Médico del Agente de Salud. *Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC):(ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo) *Estudio Genético (si correspondiere). * Percentilo al nacimiento. *Tabla de crecimiento pondoestatural- *Edad ósea. *Consentimiento Informado firmado por padres o tutor.	Ver Anexo V
Multisistémico	Trastorno del Crecimiento	Síndrome de Prader Willi	Hormona de crecimiento		a) Hipotonía central neonatal e infantil con pobre succión; mejora gradualmente con la edad b) Problemas de alimentación en la infancia, con necesidad de técnicas especiales de alimentación y una pobre o nula ganancia de peso c) Ganancia de peso excesiva o rápida entre los 12 meses y los 6 años de edad; obesidad central en ausencia de intervención d) Fenotipo facial característico con dolicocefalia en la infancia, diámetro bifrontal disminuido, ojos en forma de almendra, boca pequeña con labio inferior muy fino, comisuras labiales curvadas hacia abajo (se requieren 3 o más de estos síntomas) e) Hipogonadismo, con alguna de las siguientes características en función de la edad: 1) Hipoplasia genital (hombres: hipoplasia del escroto, criptorquidia, pene y/o testículos pequeños para la edad [< percentil 5]; mujeres: ausencia o severa hipoplasia del labio menor y/o del clitoris) 2) Retraso o	No se reconocerá la cobertura del apoyo financiero solicitado en los siguientes casos: 1) Niños con baja estatura idiopática. 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten: a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones. b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento. c) cierre de los cartilagos de crecimiento.	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica firmado por médico tratante y Auditor Médico del Agente de Salud. *Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC):(ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo) *Estudio Genético. *Tabla de crecimiento pondo estatural *Edad ósea. *Consentimiento Informado firmado por padres o tutor.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro *	Valor a reintegrar
Multisistémico	Trastorno del Crecimiento	Síndrome de Turner	Hormona de crecimiento		Niñas con baja talla, linfedema de manos y pies, cuello alado, línea de implantación del cabello baja en el cuello y cúbito valgo. Se confirma mediante un cariotipo (el genotipo más común es 45 X)	No se reconocerá la cobertura del apoyo financiero solicitado en los siguientes casos: 1) Niños con baja estatura idiopática. 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten: a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones. b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento. c) cierre de los cartilagos de crecimiento.	Documentación médica específica: *Resumen de historia clínica firmado por médico tratante y Auditor Médico del Agente de Salud. *Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo) *Estudio Genético. *Tabla de crecimiento ponderoestatural. *Edad ósea. *Consentimiento informado firmado por padres o tutor.	Ver Anexo V
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis Idiopática Juvenil	Abatacept		Criterios Generales: a) Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones. De inicio antes de los 16 años. b) Exclusión de otras causas de artritis	Pacientes pediátricos de 6 años de edad o mayores con artritis idiopática juvenil poliarticular activa de grado moderado a grave.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea (ver abatacept), se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro *	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis Idiopática Juvenil	Adalimumab		Criterios Generales: a) Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones. De inicio antes de los 16 años. b) Exclusión de otras causas de artritis	Pacientes mayores de los 4 años de edad con artritis idiopática juvenil sólo o en combinación con Metotrexato	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea (ver abatacept), se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis Idiopática Juvenil	Etanercept		Criterios Generales: a) Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones. De inicio antes de los 16 años. b) Exclusión de otras causas de artritis	Pacientes con artritis reumatoidea juvenil poliarticular activa, moderada a severa, que no han respondido a una o más drogas antirreumáticas	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea (ver abatacept), se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinónimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegración	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis Idiopática Juvenil	Tocilizumab		Criterios Generales: a) Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones. De inicio antes de los 16 años. b) Exclusión de otras causas de artritis	Pacientes pediátricos a partir de los 2 años de edad para Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (AIJS) activa que no han respondido adecuadamente a terapias anteriores con AINEs y corticoides sistémicos.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea (ver abalacept), se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis psoriásica	Adalimumab		Presencia de artritis inflamatoria, más la presencia de psoriasis, en ausencia de factor reumatoide positivo	En monoterapia, o asociado a metotrexate en artritis psoriásica activa y progresiva en pacientes adultos cuando la respuesta a la terapia previa con FAMES no ha sido adecuada.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel, sino justificar el motivo por el que no se ha realizado. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinónimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegración	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis psoriásica	Etanercept		Presencia de artritis inflamatoria, más la presencia de psoriasis, en ausencia de factor reumatoide positivo	En monoterapia, o asociado a metotrexate en artritis psoriásica activa y progresiva en pacientes adultos cuando la respuesta a la terapia previa con FAMES no ha sido adecuada.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel, sino justificar el motivo por el que no se ha realizado. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud	Ver Anexo V
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis psoriásica	Infliximab		Presencia de artritis inflamatoria, más la presencia de psoriasis, en ausencia de factor reumatoide positivo	En monoterapia, o asociado a metotrexate en artritis psoriásica activa y progresiva en pacientes adultos cuando la respuesta a la terapia previa con FAMES no ha sido adecuada.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza. *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. *Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel, sino justificar el motivo por el que no se ha realizado. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis reumatoidea	Abatacept		La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por un médico. f) Presencia de factor reumatoideo (FR) en suero detectado por un	Pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa grave en pacientes que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF)	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis reumatoidea	Adalimumab		La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por un médico. f) Presencia de factor reumatoideo (FR) en suero detectado por un	En combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis reumatoidea	Etanercept		La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por un médico. f) Presencia de factor reumatoideo (FR) en suero detectado por un	En combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis reumatoidea	Infliximab		La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por un	En combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis reumatoidea	Rituximab		La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por un médico.	En combinación con metotrexato, está indicado en pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa grave en pacientes que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF)	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Artritis reumatoidea	Tocilizumab		La presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones sugiere fuertemente el diagnóstico de AR establecida: a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas. b) Tumefacción articular o derrame articular durante al 2 menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico. e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por un médico. f) Presencia de factor reumatoideo (FR) en suero detectado por un médico.	En combinación con metotrexato, está indicado en pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa grave en pacientes que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF)	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Músculo esquelético	Enfermedad osteo articular	Espondilitis Anquilosante	Adalimumab		Tres criterios clínicos o criterio radiológico sin otra causa que explique la patología. Criterios Clínicos: a) Dolor lumbar >3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo. b) Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital. c) Reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo. Criterios radiológicos: a) Sacroilitis grado > 2 bilateralmente, b) Sacroilitis grado 3-4 unilateralmente.	Espondilitis anquilosante activa, grave, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza *Laboratorio inmunológico. *Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas. *Para la solicitud de reintegro de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. *Debera presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el reintegro, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el especialista en reumatología y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Neurológico	Enfermedad Neurológica	Esclerosis lateral amiotrófica	Riluzole		La presencia de: a) degeneración del tipo de neurona motora inferior, por examen clínico, electrofisiológico o neuropatológico. B) degeneración de neurona motora superior por examen clínico c) extensión progresivo de los síntomas o signos dentro de una región o de otras regiones, determinados por medio de la historia clínica o exploración física. Ausencia de: a) evidencia electrofisiológica o patológica de otra enfermedad o proceso que pueda explicar los signos de degeneración de neurona motora superior o inferior b) neuroimagen de otro proceso o enfermedad, que pueda explicar los signos clínicos y electrofisiológicos explicados.	En casos de: Capacidad vital forzada mayor al sesenta por ciento (60%). Sin traqueotomía.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y detalle de los exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza. *Diagnostico y estado evolutivo, firmado y sellado por médico especialista en neurología. *Examen funcional respiratorio. *Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinónimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Neurológico	Enfermedad Neurológica	Esclerosis múltiple	Copolimero		A) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo. No se necesitan datos adicionales para el diagnóstico. B) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM periventricular, juxtacortical, médula espinal o infratentorial) o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC. C) Un ataque clínico; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones. Se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico. D) Un ataque clínico; evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente. E) Progresión neurológica ins	Según los siguientes criterios: Forma Remitente Recidivante, Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y detalle de los exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza. *Diagnóstico y estado evolutivo y forma clínica firmado y sellado por médico especialista en Neurología. *Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Neurológico	Enfermedad Neurológica	Esclerosis múltiple	Fingolimod		A) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo. No se necesitan datos adicionales para el diagnóstico. B) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM periventricular, juxtacortical, médula espinal o infratentorial) o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC. C) Un ataque clínico; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones. Se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico. D) Un ataque clínico; evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente. E) Progresión neurológica ins	Pacientes con esclerosis múltiple recidivante.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y detalle de los exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza. *Diagnóstico y estado evolutivo y forma clínica firmado y sellado por médico especialista en Neurología. *Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Neurológico	Enfermedad Neurológica	Esclerosis múltiple	Interferon beta 1a		A) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo. No se necesitan datos adicionales para el diagnóstico. B) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM periventricular, juxtacortical, médula espinal o infratentorial) o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC. C) Un ataque clínico; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones. Se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico. D) Un ataque clínico; evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente. E) Progresión neurológica ins	Según los siguientes criterios: Forma Remitente Recidivante, Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y detalle de los exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza. *Diagnóstico y estado evolutivo y forma clínica firmado y sellado por médico especialista en Neurología. *Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinónimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Neurológico	Enfermedad Neurológica	Esclerosis múltiple	Interferon beta 1b		A) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo. No se necesitan datos adicionales para el diagnóstico. B) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM periventricular, juxtacortical, médula espinal o infratentorial) o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC. C) Un ataque clínico; evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones. Se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico. D) Un ataque clínico; evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente. E) Progresión neurológica ins	Según los siguientes criterios: Forma Remitente Recidivante, Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro de presentación y detalle de los exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza. *Diagnóstico y estado evolutivo y forma clínica firmado y sellado por médico especialista en Neurología. *Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita el reintegro, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo y el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Respiratorio	Enfermedad Respiratoria	EPOC	Alfa 1 antitripsina		Presencia de un FEV1 post-broncodilatador menor de 80% del valor teórico normal, en combinación con una relación FEV1/FVC x 100 menor de 70%.	Tratamiento de sustitución crónico en pacientes con déficit congénito de alfa -1-antitripsina (fenotipos: Pi ZZ, PiZ (null), Pi (null) (null), PiS Z) con enfisema panacinar clínicamente demostrable.	Documentación médica específica: *Historia clínica. *Dosaje de la concentración sérica de alfa1 antitripsina. *Determinación del fenotipo AAT confirmatorios del diagnóstico. *Fundamentación médica de la solicitud de la medicación para tratamiento sustitutivo sobre la que se solicita el reintegro firmada y sellada por el especialista en neumonología y del Auditor Médico del Agente de Salud, con detalle de dosis utilizada.	Ver Anexo V
Respiratorio	Enfermedad Respiratoria	Hipertensión pulmonar	Ambrisentan		Ecocardiograma con técnica Doppler para la estimación de la presión sistólica de la arteria pulmonar.	Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar Grado III de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico. *Ecodoppler color. *Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico de HTTP.	Ver Anexo V
Respiratorio	Enfermedad Respiratoria	Hipertensión pulmonar	Bosentan		Ecocardiograma con técnica Doppler para la estimación de la presión sistólica de la arteria pulmonar.	Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar Grado III de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico. *Ecodoppler color. *Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico de HTTP.	Ver Anexo V
Respiratorio	Enfermedad Respiratoria	Hipertensión pulmonar	Treprostinil		Ecocardiograma con técnica Doppler para la estimación de la presión sistólica de la arteria pulmonar.	Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar Grado II a IV de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud	Documentación médica específica: *Historia clínica con detalle del cuadro clínico. *Ecodoppler color. *Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico de HTTP.	Ver Anexo V

Sistema orgánico funcional	Afección de la salud	Patología	Droga	Sinonimo	Fundamento Diagnostico	Fundamento Terapeutico	Fundamento para Reintegro	Valor a reintegrar
Respiratorio	Enfermedad Respiratoria	Prevención de infección severa por Virus Sincicial Respiratorio	Palivizumab	VSR	No aplica	Criterios de cobertura (cualquiera de los siguientes): a) Prematuros extremos (peso al nacer menor a 1000 grs, EG menor o igual a 28 semanas) con ó sin DBP durante su primera estación invernal en el hogar. B) Pacientes con displasia broncopulmonar de 24 meses de edad ó menores al comienzo de la estación de VSR y que hayan requerido O2 u otro tratamiento médico para control de su enfermedad dentro de los 6 meses previos. c) Prematuros de muy bajo peso al nacer ( PN menor a 1500 grs.) y EG menor a 32 Semanas y que hayan padecido patología neonatal grave, especialmente respiratoria, en quienes pueda presumirse una evolución tórpida. Se utilizará durante los meses de alta prevalencia del Virus Sincicial Respiratorio (Abril a Septiembre)	Documentación médica específica: *Historia clínica pediátrica con antecedentes neonatales y/o antecedentes de utilización de oxígeno o displasia broncopulmonar. *Presentar justificación del uso del agente biológico cuyo reintegro se solicita firmada y sellada por pediatra de cabecera o infectólogo pediatra y por el Auditor Médico del Agente de Salud. *Solo se reintegrarán las aplicaciones del producto durante los meses de alta prevalencia del Virus Sincicial Respiratorio (Abril a Septiembre inclusive).	Ver Anexo V
Visión	Enfermedad Visual	Maculopatía	Ranibizumab		El diagnóstico se realiza mediante interrogatorio, fondo de ojos, y se confirma mediante estudios complementarios para confirmar el diagnóstico que son la retinofluoresceinografía y la tomografía de coherencia óptica	Cualquiera de las siguientes situaciones: a) El tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) de tipo húmeda. b) compromiso visual por edema macular diabético. c) La pérdida de visión por edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVRR u OVR central).	Documentación médica específica: *Historia clínica oftalmológica que consigne la agudeza visual. *Examen de fondo de ojo e informe de la RFG y OCT. *Solicitud del medicamento cuyo reintegro se solicita con detalle de la estimación de las sesiones a efectuar, con fundamentación médica de la indicación confeccionada por el especialista Oftalmólogo tratante con firma y sello original que avale la firma y sello del Auditor médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V
Visión	Enfermedad Visual	Retinitis por citomegalovirus	Valganciclovir		Signos de retinitis en el examen físico oftalmológico, sumado a serología positiva para CMV, en especial en estadios de inmunosupresión	Pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) cuando se encuentren en condiciones de riesgo de ver afectada su visión.	Documentación médica específica: *Historia clínica oftalmológica donde conste el examen visual completo. *Serología para CMV. *Prescripción de la medicación y diagnóstico firmada y sellada por el oftalmólogo y avalada por el Auditor Médico del Agente de Salud.	Ver Anexo V

ANEXO V: VALORES MAXIMOS A REINTEGRAR DE MEDICAMENTOS

ATC	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	DOSIS	PRESENTACIÓN	VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa)	CREON 10000	Raffo	10000UEur/8000 UEur/6000UEur	caps.x 100	\$ 156,55
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa)	CREON 10000	Raffo	10000UEur/8000 UEur/6000UEur	caps.x 50	\$ 86,56
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa)	CREON FORTE	Raffo	25500UEur/18000 UEur/1000UEur	caps.x 100	\$ 376,97
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa)	CREON FORTE	Raffo	25500UEur/18000 UEur/1000UEur	caps.x 20	\$ 72,95
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa)	PANCRECURA 25000	HLB Pharma	25000UEur/22500UEur/1250UEur	caps.x 20	\$ 52,31
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa)	ULTRASE	Axcan Difa	4500UJSP/20000UJSP/25000UJSP	caps.x 100	\$ 233,00
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa)	ULTRASE MT12	Axcan Difa	12000UJSP/39000UJSP/39000UJSP	caps.x 100	\$ 384,50
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa)	ULTRASE MT18	Axcan Difa	18000UJSP/58500UJSP/58500UJSP	caps.x 100	\$ 487,50
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/ proteasa)	ULTRASE MT20	Axcan Difa	20000UJSP/65000UJSP/65000UJSP	caps.x 100	\$ 581,00
A16AB02	imiglucerasa	CEREZYME	Genzyme	200 UI	f.a x 5 ml	\$ 1.623,00
A16AB02	imiglucerasa	CEREZYME	Genzyme	400 UI	f.a x10 ml	\$ 4.500,00
A16AB03	agalsidasa alfa	REPLAGAL	Shire Human Genetic Therapies S.A.	3,5 mg	f.a. X 3,5 ml	\$ 4.936,50
A16AB04	agalsidasa beta	FABRAZYME	Genzyme	5 mg / ml	fco a x 7 ml	\$ 18.000,00
A16AB04	agalsidasa beta	FABRAZYME	Genzyme	5 mg / ml	fco a x 1 ml	\$ 3.000,00
A16AB05	laronidasa	ALDURAZYME	Genzyme	2,9 mg / 5 ml	x f.a	\$ 4.800,00
A16AB07	alglucosidasa alfa	MYOZIME	Genzyme	50 mg	1 fco liof.	\$ 2.702,50
A16AB08	galsulfasa	NAGLAZYME	Genzyme	1 mg / ml	1 vial x 5 ml	\$ 4500,00
A16AB09	idursulfase	ELAPRASE	Shire Human Genetic Therapies S.A.	2 mg / ml	1 vial 3 ml	\$ 5.644,92
B01AC21	treprostnil	REMODULIN	Bagó	1 mg/ml	f.a x 20ml	\$ 20.570,00
B01AC21	treprostnil	REMODULIN	Bagó	2,5 mg/ml	f.a x 20ml	\$ 57.475,00
B01AC21	treprostnil	REMODULIN	Bagó	5 mg/ml	f.a x 20ml	\$ 114.950,00
B01AC21	treprostnil	REMODULIN	Bagó	10 mg/ml	f.a x 20ml	\$ 229.000,00
B02AB02	alfa 1 antitripsina	ARALAST NP	Baxter	1 g	f.a.liof.+disol. x50ml	\$ 4.372,14
B02AB02	alfa 1 antitripsina	PROLASTIN	Tuteur	1 g	f.a.liof.+disol. x40ml	\$ 4.048,30
B02AB02	alfa 1 antitripsina	TRYPAN	Grifols	1 g	fco 50 ml	\$ 3.880,12
B02AB02	alfa 1 antitripsina	TRYPAN	Grifols	0,5 g	fco 25 ml	\$ 4.268,13
B02BD02	factor VIII	8Y	GP Pharm	250 UI	f.a.x 1	\$ 1.131,26
B02BD02	factor VIII	8Y	GP Pharm	500 UI	f.a.x 1	\$ 2.262,53
B02BD02	factor VIII	BERIATE P	CSL Behring	1000 UI	f.a.x1+eq.transf	\$ 3.918,71

ATC	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	DOSIS	PRESENTACIÓN	VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD
B02BD02	factor VIII	BERIATE P	CSL Behring	500 UI	f.a.x1+eq.transf	\$ 1.960,67
B02BD02	factor VIII	EMOCLOT D.I.	Kedrion-Scott Cassará	1000 UI	f.a.x 1	\$ 2.814,65
B02BD02	factor VIII	EMOCLOT D.I.	Kedrion-Scott Cassará	500 UI	f.a.x 1	\$ 1.407,50
B02BD02	factor VIII	FACTOR VIII ANTIHEMOFILICO UNC	Hemoderivados	250 UI	f.a.x 1+disolv.	\$ 971,62
B02BD02	factor VIII	FACTOR VIII ANTIHEMOFILICO UNC	Hemoderivados	500 UI	f.a.x 1+disolv.	\$ 1.943,23
B02BD02	factor VIII	FANHDI	Grifols	1000 UI	f.a.x 1+disolv.	\$ 4.594,59
B02BD02	factor VIII	FANHDI	Grifols	1500 UI	f.a.x 1+disolv.	\$ 6.891,89
B02BD02	factor VIII	FANHDI	Grifols	250 UI	f.a.x 1+disolv.	\$ 1.148,65
B02BD02	factor VIII	FANHDI	Grifols	500 UI	f.a.x 1+disolv.	\$ 1.148,65
B02BD02	factor VIII	HEMOFIL M	Baxter Argentina	1000 UI	env.x 1	\$ 4.169,83
B02BD02	factor VIII	HEMOFIL M	Baxter Argentina	250 UI	env.x 1	\$ 1.042,46
B02BD02	factor VIII	HEMOFIL M	Baxter Argentina	500 UI	env.x 1	\$ 2.084,92
B02BD02	factor VIII	IMMUNATE	Baxter Argentina	1000 UI	f.a.x 1	\$ 4.245,65
B02BD02	factor VIII	IMMUNATE	Baxter Argentina	250 UI	f.a.x 1	\$ 1.061,42
B02BD02	factor VIII	IMMUNATE	Baxter Argentina	500 UI	f.a.x 1	\$ 2.122,83
B02BD02	factor VIII	KOATE DVI	Tuteur	1000 UI	f.a.+diluy.+kit	\$ 4.770,11
B02BD02	factor VIII	KOATE DVI	Tuteur	250 UI	f.a.+diluy.+kit	\$ 1.192,53
B02BD02	factor VIII	KOATE DVI	Tuteur	500 UI	f.a.+diluy.+kit	\$ 2.385,05
B02BD02	factor VIII	KOGENATE FS	Bayer (BSP)	1000 UI	iny.x 1	\$ 8.518,13
B02BD02	factor VIII	KOGENATE FS	Bayer (BSP)	250 UI	iny.x 1	\$ 2.129,51
B02BD02	factor VIII	KOGENATE FS	Bayer (BSP)	500 UI	iny.x 1	\$ 4.151,84
B02BD02	factor VIII	OCTANATE 1000 UI	Varifarma	1000 UI	f.a.x 1	\$ 4.598,79
B02BD02	factor VIII	OCTANATE 500	Varifarma	500 UI	f.a.x 1	\$ 2.278,35
B02BD02	factor VIII	OPTIVATE	GP Pharm	1000 UI	f.a.x 1	\$ 4.923,13
B02BD02	factor VIII	OPTIVATE	GP Pharm	250 UI	f.a.x 1	\$ 1.230,63
B02BD02	factor VIII	OPTIVATE	GP Pharm	500 UI	f.a.x 1	\$ 2.461,56
B02BD02	factor VIII	RECOMBINATE 500 UI	Baxter Argentina	500 UI	liof.f.a.x 1	\$ 3.709,03
B02BD02	factor VIII	RECOMBINATE 250 UI	Baxter Argentina	250 UI	liof.f.a.x 1	\$ 1.854,52
B02BD02	factor VIII	RECOMBINATE 1000 UI	Baxter Argentina	1000 UI	liof.f.a.x 1	\$ 7.418,07
B02BD04	factor IX	BENEFIX	Wyeth	1000 UI	f.a.x 1	\$ 5.396,28
B02BD04	factor IX	BENEFIX	Wyeth	500 UI	f.a.x 1	\$ 2.698,24
B02BD04	factor IX	BERININ P	CSL Behring	1200 UI	f.a.x1+eq.transf	\$ 3.193,01
B02BD04	factor IX	BERININ P	CSL Behring	600 UI	f.a.x1+eq.transf	\$ 1.596,51
B02BD04	factor IX	FACTOR IX GRIFOLS	Grifols	1000 UI	f.a.liof.+disol.	\$ 4.199,81
B02BD04	factor IX	FACTOR IX GRIFOLS	Grifols	1500 UI	f.a.liof.+disol.	\$ 6.299,72
B02BD04	factor IX	FACTOR IX GRIFOLS	Grifols	500 UI	f.a.liof.+disol.	\$ 2.099,91
B02BD04	factor IX	FACTOR IX GRIFOLS	Grifols	250 UI	f.a.liof.+disol.	\$ 1.148,65
B02BD04	factor IX	IMMUNINE 1200 UI	Baxter Argentina	1200 UI	f.a.x 1	\$ 3.924,82
B02BD04	factor IX	IMMUNINE 600 UI	Baxter Argentina	600 UI	f.a.x 1	\$ 1.962,41

ATC	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	DOSIS	PRESENTACIÓN	VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD
B02BD04	factor IX	OCTANYNE	Varifarma	1000 UI	liof.f.a.x 1	\$ 4.674,00
B02BD04	factor IX	REPLENINE VF	GP Pharm	1000 UI	f.a.x 1	\$ 4.255,24
B02BD04	factor IX	REPLENINE VF	GP Pharm	500 UI	f.a.x 1	\$ 2.127,62
B02BD05	factor VIIA recombinante (RHFVIIA)	NOVOSEVEN RT	Novonordisk	1 mg	f.a. 1 ml	\$ 3.466,26
B02BD05	factor VIIA recombinante (RHFVIIA)	NOVOSEVEN RT	Novonordisk	5 mg	f.a. 1 ml	\$ 17.331,35
B02BD06	factor VIII y von Willebrand	HAEMATE P	CSL Behring	1000 UI	f.a.x 1+set adm	\$ 3.693,86
B02BD06	factor VIII y von Willebrand	HAEMATE P	CSL Behring	500 UI	f.a.x 1+set adm	\$ 1.846,96
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	EPOGEN	Cassará	2000 UI	f.a.x 1 x 1 ml	\$ 21,55
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	EPOGEN	Cassará	4000 UI	f.a.x 1 x 1 ml	\$ 43,11
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	EPOGEN	Cassará	10000 UI	f.a.x 1 x 1 ml	\$ 172,78
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	EPOGEN	Cassará	40000 UI	f.a.x 1 x 1 ml	\$ 616,00
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	ERITROGEN	Bioprofarma	10000 UI	sol.f.a.x 1 ml	\$ 273,21
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	ERITROGEN	Bioprofarma	2000 UI	sol.f.a.x 1 ml	\$ 63,37
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	ERITROGEN	Bioprofarma	4000 UI	sol.f.a.x 1 ml	\$ 117,45
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	ERITROGEN L	Bioprofarma	1000 UI	jga.prell.	\$ 37,60
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	ERITROGEN L	Bioprofarma	10000 UI	jga.prell.	\$ 330,86
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	ERITROGEN L	Bioprofarma	2000 UI	jga.prell.	\$ 75,20
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	ERITROGEN L	Bioprofarma	4000 UI	jga.prell.	\$ 132,34
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HEMAX	Sidus	10000 UI	liof.f.a.+j.prell	\$ 177,15
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HEMAX	Sidus	1000 UI	liof.f.a.+j.prell	\$ 24,35
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HEMAX	Sidus	20000 UI	liof.f.a.+j.prell	\$ 319,20
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HEMAX	Sidus	2000 UI	liof.f.a.+j.prell	\$ 39,45
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HEMAX	Sidus	2000 UI	liof.f.a.x 25	\$ 988,80
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HEMAX	Sidus	3000 UI	liof.f.a.x 25	\$ 1.459,90
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HEMAX	Sidus	3000 UI	liof.f.a.+j.prell	\$ 58,35
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HEMAX	Sidus	40000 UI	liof.f.a.+j.prell	\$ 567,05
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HEMAX	Sidus	4000 UI	liof.f.a.+j.prell	\$ 73,45
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HYPERCRIT 10M UI	Delta Farma	10000 UI	f.a.liof.x1+a.disol.x1ml	\$ 150,18
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HYPERCRIT 2M UI	Delta Farma	2000 UI	f.a.liof.x1+a.disol.x2ml	\$ 36,07
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	HYPERCRIT 4M UI	Delta Farma	4000 UI	f.a.liof.x1+a.disol.x2ml	\$ 66,58
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	PRONIVEL 2M UI	Elea	2000 UI	sol.iny.a.x 1 x 1 ml	\$ 66,57
B03XA01	eritropoyetina recomb. hum.	PRONIVEL 4M UI	Elea	4000 UI	sol.iny.a.x 1 x 1 ml	\$ 124,02
C02KX01	bosentán	TRACLEER	Biotoscana	125 mg	comp.x 56	\$ 12.975,00
C02KX01	bosentán	TRACLEER	Biotoscana	62.5 mg	comp.x 56	\$ 12.975,00
C02KX01	bosentán	USENTA 125	Raffo	125 mg	comp x 60	\$ 13.924,11
C02KX02	ambrisentan	VOLIBRIS	GlaxoSmithKline	5 mg	comp x 30	\$ 14.310,55
C02KX02	ambrisentan	VOLIBRIS	GlaxoSmithKline	10 mg	comp x 30	\$ 18603,00
H01AC01	somatotrofina	BIOTROPIN	Ivax Arg.	12 UI	liof.a.x1+sol.v.a.x1	\$ 996,74
H01AC01	somatotrofina	GENOTROPIN	Pfizer	16 UI/5.3 mg	cart.x 1	\$ 1.665,94
H01AC01	somatotrofina	GENOTROPIN	Pfizer	36 UI/12 mg	cart.x 1	\$ 3.748,39
H01AC01	somatotrofina	HHT	Sidus	16 UI	vial x1+jga.prell.	\$ 711,95
H01AC01	somatotrofina	HHT	Sidus	4 UI	vial x1+jga.prell.	\$ 177,95
H01AC01	somatotrofina	HUTROPE	Eli Lilly	18 UI (6 mg)	cart.a.	\$ 1.818,70
H01AC01	somatotrofina	HUTROPE	Eli Lilly	36 UI ( 12 mg)	cart.a.	\$ 3.637,24
H01AC01	somatotrofina	NORDITROPIN NORDIFLEX	Novo Nordisk	10 mg 30 UI	lapiceras x 1	\$ 2.660,09
H01AC01	somatotrofina	NORDITROPIN NORDIFLEX	Novo Nordisk	45UI (15 mg)	lapiceras x 1	\$ 3.990,12
H01AC01	somatotrofina	NORDITROPIN NORDIFLEX	Novo Nordisk	15 UI (5 mg)	lapiceras x 1	\$ 1.330,04
H01AC01	somatotrofina	NORDITROPIN SIMPLEX	Novo Nordisk	30 UI (10 mg)	cart.x 1	\$ 2.660,09
H01AC01	somatotrofina	NORDITROPIN SIMPLEX	Novo Nordisk	45UI (15 mg)	cart.x 1	\$ 3.990,12
H01AC01	somatotrofina	NORDITROPIN SIMPLEX	Novo Nordisk	15 UI (5 mg)	cart.x 1	\$ 1.330,04
H01AC01	somatotrofina	OMNITROPE	Sandoz	10 mg (6.7mg/ml)	cart.x 1	\$ 2.505,10
H01AC01	somatotrofina	OMNITROPE	Sandoz	5 mg (3.3mg/ml)	cart.x 1	\$ 1.252,56
H01AC01	somatotrofina	SAIZEN	Merck Serono	4 UI	liof.a.+sol.v.a.x 1	\$ 431,42
H01AC01	somatotrofina	SAIZEN 8 MG CLICK EASY	Merck Serono	24UI	liof.+cart.sol.v+kit	\$ 2.764,80
H01AC01	somatotrofina	ZOMACTON	Ferring	4 mg	vial x 1	\$ 1.244,02
H01AX01	pegvisomant	SOMAVERT	Pfizer	10 mg	iny.liof.f.a.x 30	\$ 19.339,91
H01AX01	pegvisomant	SOMAVERT	Pfizer	15 mg	iny.liof.f.a.x 30	\$ 29.009,81
H01CB02	octreotida	OCTREOTIDA GP PHARM	GP Pharm	100 mcg/ml	a.x 5 x 1 ml	\$ 238,53

ATC	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	DOSIS	PRESENTACIÓN	VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD
H01CB02	octreotida	OCTREOTIDA GP PHARM	GP Pharm	200 mcg/ml	vial m.x 5 ml	\$ 446,00
H01CB02	octreotida	SANDOSTATIN	Novartis	100 mcg/ml	a.x 5 x 1 ml	\$ 253,43
H01CB02	octreotida	SANDOSTATIN	Novartis	200 mcg/ml	fco.x 5 ml	\$ 473,86
H01CB02	octreotida	SANDOSTATIN LAR	Novartis	20 mg	jga.prell.x 1	\$ 5.177,87
H01CB02	octreotida	SANDOSTATIN LAR	Novartis	30 mg	jga.prell.x 1	\$ 7.766,81
J01GB01	tobramicina	ALVEOTEROL	Tetrafarm	300 mg/5ml	amp.p/neb.x 28	\$ 12.356,20
J01GB01	tobramicina	ALVEOTEROL	Tetrafarm	300 mg/5ml	amp.p/neb.x 56	\$ 24.822,38
J01GB01	tobramicina	BELBARMICINA INL	Química Luar	300 mg/5ml	pvo.liof.p/ inhal.f.a.x28	\$ 9.950,00
J01GB01	tobramicina	BELBARMICINA INL	Química Luar	300 mg/5ml	pvo.liof.p/ inhal.f.a.x56	\$ 19.800,00
J01GB01	tobramicina	BRAMITOB	Nycomed	300 mg/5ml	amp.x 56	\$ 22.500,00
J01GB01	tobramicina	BRIDUL	Tuteur	300 mg/5ml	amp.x 56	\$ 24.203,50
J01GB01	tobramicina	PULBRONKAL	Permatec	300 mg/5ml	sol.p/ inh.a.monod.x 56	\$ 12.049,00
J01GB01	tobramicina	TOBI	Tuteur	300 mg/5ml	amp.x 56	\$ 25.007,00
J01GB01	tobramicina	TOBI PODHALER	Novartis	300 mg/5ml	cáps.duras x 224+inh.x 5	\$ 30.721,70
J01GB01	tobramicina	TOBRADOSA	Dosa	300 mg/5ml	amp.x 28	\$ 13.490,00
J01GB01	tobramicina	TOBRADOSA	Dosa	300 mg/5ml	amp.x 56	\$ 25.504,25
J01GB01	tobramicina	TOBRAMICINA CASSARA	Cassará	300 mg/5ml	sol.p/inh.fco. amp.x 56	\$ 14.700,00
J01GB01	tobramicina	TOBRAMICINA O.F.	Oriental	300 mg/5ml	fco.amp.x 56	\$ 20.250,60
J01GB01	tobramicina	TOFIB	Techsphere	300 mg/5ml	amp.x 56	\$ 22.025,00
J01GB01	tobramicina	TUBERBUT	LKM Onco/ Especiales	300 mg/5ml	amp.x 56	\$ 28.347,65
J05AB04	ribavirina	COPEGUS	Roche	200 mg	comp.rec.x 42	\$ 258,91
J05AB04	ribavirina	RIBAVIRINA PAYLOS	Paylos	200 mg	caps.x 50	\$ 285,82
J05AB04	ribavirina	VIBUZOL	Sandoz	200 mg	caps.x 50	\$ 243,94
J05AB04	ribavirina	XILOPAR	Filaxis	200 mg	caps.x 50	\$ 333,70
J05AB14	valganciclovir	VALIXA	Roche	450 mg	comp.rec.x 60	\$ 6.081,49
J05AE01	saquinavir	PROTEOVIR	Richmond	200 mg	caps.x 300	\$ 1.349,91
J05AE01	saquinavir	PROTEOVIR	Richmond	500 mg	comp.rec.x 120	\$ 2.040,80
J05AE02	indinavir	AVURAL	LKM	400 mg	comp.x 180	\$ 1.463,51
J05AE02	indinavir	ELVENAVIR	Ivax Arg.	400 mg	comp.x 180	\$ 1.229,78
J05AE02	indinavir	FORLI	Filaxis	400 mg	comp.x 180	\$ 1.303,23
J05AE03	ritonavir	BUSVIR	Conifarma	100 mg	caps.blandas x 30	\$ 107,81
J05AE03	ritonavir y lopinavir	KALETRA	Abbott	25/100 mg	comp.rec.x 60	\$ 1.079,81
J05AE03	ritonavir y lopinavir	KALETRA	Abbott	50/200 mg	comp.rec.x 120	\$ 2.239,21
J05AE03	ritonavir y lopinavir	KALETRA	Abbott	100-400 mg c/ 5 ml	jbe.x 160 ml	\$ 1.098,10
J05AE03	ritonavir	RITONAVIR ABBOTT	Abbott	100 mg	comp x 30	\$ 159,63
J05AE03	ritonavir	RITONAVIR ABBOTT	Abbott	100 mg	caps.x 168	\$ 941,00
J05AE04	nelfinavir	NEMACINA	LKM Onco/ Especiales	250 mg	comp.x 270	\$ 1.593,56
J05AE07	fosamprenavir	TELZIR	GlaxoSmithKline	700 mg	comp.x 60	\$ 1.213,86
J05AE07	fosamprenavir	TELZIR SOLUCION	GlaxoSmithKline	50 mg/ml	sol.x 225 ml	\$ 430,26
J05AE08	atazanavir	REYATAZ	Bristol Myers Squib	150 mg	caps.x 60	\$ 1.023,02
J05AE08	atazanavir	REYATAZ	Bristol Myers Squib	200 mg	caps.x 60	\$ 2.005,22
J05AE08	atazanavir	REYATAZ	Bristol Myers Squib	300 mg	caps.x 30	\$ 2.005,22
J05AF01	zidovudina	CRISAZET	LKM Onco/ Especiales	100 mg	caps.x 100	\$ 340,95
J05AF01	zidovudina	CRISAZET	LKM Onco/ Especiales	200 mg	iny.f.a.x 1	\$ 23,68
J05AF01	zidovudina	CRISAZET	LKM Onco/ Especiales	10 mg/ml	jbe x 240 ml	\$ 92,24
J05AF01	zidovudina	ZETROTAX RICHMOND	Richmond	10 mg/ml	jbe x 240 ml	\$ 92,32
J05AF01	zidovudina	ZETROTAX RICHMOND	Richmond	100 mg	caps.x 100	\$ 226,31
J05AF01	zidovudina	ZIDOVUDINA 10 DOSA	Dosa	10 mg/ml	jbe.f.a.x 240ml	\$ 93,00
J05AF01	zidovudina	ZIDOVUDINA 200 DOSA	Dosa	200 mg	20 ml iny.f.a.x 1	\$ 59,50
J05AF01	zidovudina	ZIDOVUDINA FILAXIS	Filaxis	10 mg/ml	jbe.x 240 ml	\$ 101,43
J05AF01	zidovudina	ZIDOVUDINA FILAXIS	Filaxis	100 mg	caps.x 100	\$ 382,99
J05AF01	zidovudina	ZIDOVUDINA FILAXIS	Filaxis	200 mg	20 ml f.a.x 1	\$ 63,60
J05AF01	zidovudina	ZIDOVUDINA FILAXIS	Filaxis	250 mg	caps.x 60	\$ 493,95
J05AF01	zidovudina	ZIDOVUDINA TUTEUR	Tuteur	200 mg	iny.f.a.x 1	\$ 33,35
J05AF02	didanosina	DIDANOSINA RICHMOND	Richmond	100 mg	comp.x 60	\$ 195,65
J05AF02	didanosina	DIDANOSINA RICHMOND	Richmond	200 mg	comp.x 60	\$ 358,45
J05AF02	didanosina	DINOSIN	Richmond	250 mg	caps.gastr.x 30	\$ 398,10
J05AF02	didanosina	DINOSIN	Richmond	400 mg	caps.gastr.x 30	\$ 658,80
J05AF02	didanosina	VIDEX EC	Bristol	125 mg	caps.x 30	\$ 90,33
J05AF02	didanosina	VIDEX EC	Bristol	200 mg	caps.x 30	\$ 270,44
J05AF02	didanosina	VIDEX EC	Bristol	250 mg	caps.x 30	\$ 343,06
J05AF02	didanosina	VIDEX EC	Bristol	400 mg	caps.x 30	\$ 552,11
J05AF04	stavudina	ESTAVUDINA DELTA FARMA	Delta Farma	30 mg	caps.x 60	\$ 329,63

ATC	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	DOSIS	PRESENTACIÓN	VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD
J05AF04	stavudina	ESTAVUDINA DELTA FARMA	Delta Farma	40 mg	caps.x 60	\$ 359,83
J05AF04	stavudina	LION	Filaxis	30 mg	caps.x 60	\$ 6.443,54
J05AF04	stavudina	LION	Filaxis	40 mg	caps.x 60	\$ 691,29
J05AF04	stavudina	S.T.V. ELVETIUM	Ivax	30 mg	caps.x 60	\$ 468,93
J05AF04	stavudina	S.T.V. ELVETIUM	Ivax	40 mg	caps.x 60	\$ 495,09
J05AF04	stavudina	STAMAR	LKM Onco/ Especial	20 mg	caps.x 60	\$ 309,64
J05AF04	stavudina	STAMAR	LKM Onco/ Especial	30 mg	caps.x 60	\$ 725,58
J05AF04	stavudina	STAMAR	LKM Onco/ Especial	40 mg	caps.x 60	\$ 757,94
J05AF04	stavudina	STAVUBERGEN	GP Pharm	30 mg	caps.x 60	\$ 540,00
J05AF04	stavudina	STAVUBERGEN	GP Pharm	40 mg	caps.x 60	\$ 565,00
J05AF04	stavudina	STAVUDINA 1MG/ ML DOSA	Dosa	1 mg/ml	pvo.f.a.x1 x200ml	\$ 670,46
J05AF04	stavudina	STAVUDINA 30 DOSA	Dosa	30 mg	caps.x 60	\$ 735,08
J05AF04	stavudina	STAVUDINA 40 DOSA	Dosa	40 mg	caps.x 60	\$ 764,95
J05AF04	stavudina	STAVUDINA MICROSULES	Microsules Arg.	20 mg	caps.x 60	\$ 328,38
J05AF04	stavudina	STAVUDINA MICROSULES	Microsules Arg.	30 mg	caps.x 60	\$ 591,69
J05AF04	stavudina	STAVUDINA MICROSULES	Microsules Arg.	40 mg	caps.x 60	\$ 619,03
J05AF04	stavudina	TONAVIR	Richmond	30 mg	caps.x 60	\$ 556,35
J05AF04	stavudina	TONAVIR	Richmond	40 mg	caps.x 60	\$ 584,39
J05AF05	lamivudina	3 TC	GlaxoSmithKline	150 mg	comp.rec.x 60	\$ 341,84
J05AF05	lamivudina	4 TC	GlaxoSmithKline	10 mg/ml	sol.x 240 ml	\$ 120,55
J05AF05	lamivudina	AMILITRAP 150	Dosa	150 mg	comp.rec.x 60	\$ 535,50
J05AF05	lamivudina	AMILITRAP 300	Dosa	300 mg	comp.rec.x 30	\$ 463,00
J05AF05	lamivudina	AMILITRAP 300	Dosa	300 mg	comp.rec.x 60	\$ 923,50
J05AF05	lamivudina	AMILITRAP SOLUCION ORAL	Dosa	10 mg/ ml	sol.oral x200ml	\$ 147,00
J05AF05	lamivudina	GANVIREL	Ivax Arg.	150 mg	comp.rec.x 60	\$ 398,01
J05AF05	lamivudina	HEPTODINE	GlaxoSmithKline	100 mg	comp.rec.x 28	\$ 189,71
J05AF05	lamivudina	KESS	Filaxis	150 mg	comp.x 60	\$ 503,57
J05AF05	lamivudina	LAMIBERGEN	GP Pharm	150 mg	comp.x 60	\$ 482,00
J05AF05	lamivudina	LAMILEA	Elea	200 mg	comp.x 60	\$ 555,83
J05AF05	lamivudina	LAMILEA SUSPENSION	Elea	10 mg/ ml	sol.x 240 ml	\$ 196,04
J05AF05	lamivudina	LAMIVUDINA DELTA FARMA	Delta Farma	150 mg	comp.rec.x 60	\$ 289,30
J05AF05	lamivudina	LAMIVUDINA MICROSULES	Microsules Arg.	150 mg	comp.rec.x 60	\$ 462,42
J05AF05	lamivudina	LAMIVUDINA MICROSULES	Microsules Arg.	300 mg	comp.rec.x 30	\$ 462,42
J05AF05	lamivudina	ORALMUV	LKM Onco/ Especiales	10 mg/ml	susp.x 240 ml	\$ 187,79
J05AF05	lamivudina	ORALMUV	LKM Onco/ Especiales	150 mg	comp.x 60	\$ 559,58
J05AF05	lamivudina	ORALMUV	LKM Onco/ Especiales	300 mg	comp.rec.x 30	\$ 559,61
J05AF05	lamivudina	VUCLODIR	Richmond	150 mg	comp.x 60	\$ 461,08
J05AF05	lamivudina	VUCLODIR	Richmond	300 mg	comp.x 30	\$ 440,51
J05AF05	lamivudina	VUCLODIR	Richmond	10 mg/ ml	sol.oral x 240 ml	\$ 89,50
J05AF06	abacavir	ABACAVIR ELEA	Elea	300 mg	comp.rec.x 60	\$ 1.329,56
J05AF06	abacavir	FILABAC	Filaxis	300 mg	comp.x 60	\$ 913,20
J05AF06	abacavir	FINECIL	LKM	300 mg	comp.x 60	\$ 1.298,73
J05AF06	abacavir	PANKA	Microsules Arg.	300 mg	comp.rec.x 60	\$ 1.168,91
J05AF06	abacavir	PLUSABCIR	Dosa	300 mg	comp.rec.x 60	\$ 1.255,00
J05AF06	abacavir	PLUSABCIR	Dosa	20 mg/ ml	sol.oral x 240 ml	\$ 321,05
J05AF06	abacavir	ZIAGENAVIR	GlaxoSmithKline	300 mg	comp.rec.x 60	\$ 1.004,21
J05AF06	abacavir	ZIAGENAVIR	GlaxoSmithKline	20 mg/ml	sol.oral x 240 ml	\$ 333,98
J05AF08	adefovir dipivoxil	BIOVIR	Ivax	10 mg	comp.x 30	\$ 559,89
J05AF08	adefovir dipivoxil	HEPSERA	GlaxoSmithKline	10 mg	comp.x 30	\$ 795,46
J05AF08	adefovir dipivoxil	REVERVIR	Richmond	10 mg	comp.x 30	\$ 650,56
J05AF10	entecavir	BARACLUDE	Bristol	0.05 mg/ml	sol.oralx210ml	\$ 928,71
J05AF10	entecavir	BARACLUDE	Bristol	0.50 mg	comp x 30	\$ 1.169,39
J05AF10	entecavir	BARACLUDE	Bristol	1 mg	comp x 30	\$ 1.677,06
J05AF10	entecavir	TENEIR	Dosa	0.50 mg	comp.rec.x 15	\$ 746,58
J05AF10	entecavir	TENEIR	Dosa	0.50 mg	comp.rec.x 30	\$ 1.043,59
J05AF10	entecavir	TENEIR	Dosa	0.50 mg	comp.rec.x 60	\$ 2.986,81
J05AG01	nevirapina	FILIDE	Filaxis	200 mg	comp.x 100	\$ 1.064,55
J05AG01	nevirapina	FILIDE	Filaxis	200 mg	comp.x 60	\$ 622,61
J05AG01	nevirapina	NERAPIN 200	LKM Onco/ Especiales	200 mg	comp.x 100	\$ 560,49
J05AG01	nevirapina	NERAPIN 200	LKM Onco/ Especiales	200 mg	comp.x 60	\$ 589,64
J05AG01	nevirapina	NEVIRAPINA ELEA	Elea	200 mg	comp.x 60	\$ 729,96
J05AG01	nevirapina	PROTEASE	Richmond	200 mg	comp.x 60	\$ 729,96
J05AG01	nevirapina	RITVIR	AstraZeneca	200 mg	comp.x 60	\$ 514,19
J05AG01	nevirapina	VIRAINHI	Dosa	200 mg	comp.x 60	\$ 1.105,00
J05AG01	nevirapina	VIRAINHI	Dosa	200 mg	comp.x 100	\$ 665,40
J05AG01	nevirapina	VIRAMUNE	Boehringer Ingelheim	200 mg	comp.x 60	\$ 208,15
J05AG01	nevirapina	VIRAMUNE	Boehringer Ingelheim	50 mg/5 ml	susp.x 240 ml	\$ 113,90
J05AG03	efavirenz	FILGINASE	Filaxis	200 mg	caps.x 90	\$ 1.045,19
J05AG03	efavirenz	FILGINASE	Filaxis	600 mg	comp.rec.x 30	\$ 1.198,99
J05AG03	efavirenz	STOCRIN	Merck Sharp & Dohme	600 mg	comp.x 30	\$ 876,52

ATC	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	DOSIS	PRESENTACIÓN	VALOR MAXIMO A REINTEGRAR POR UNIDAD
J05AG03	efavirenz	SULFINAV	LKM	600 mg	comp.x 30	\$ 1.568,22
J05AG03	efavirenz	SULFINAV	LKM	200 mg	caps.x 90	\$ 1.156,72
J05AG03	efavirenz	VIORREVER	Richmond	200 mg	caps.x 90	\$ 1.099,71
J05AG03	efavirenz	VIORREVER	Richmond	600 mg	comp.x 30	\$ 1.204,82
J05AG03	efavirenz	ZULETEL	Microsules Arg.	600 mg	comp.rec.x 30	\$ 1.510,24
J05AR01	lamivudina +zidovudina	3 TC + AZT ELEA	Elea	150 mg/ 300 mg	comp.x 60	\$ 1.094,92
J05AR01	lamivudina +zidovudina	3 TC COMPLEX	GlaxoSmithKline	150 mg/ 300 mg	comp.rec.x 60	\$ 662,03
J05AR01	lamivudina +zidovudina	GANVIREL DUO	Ivax Arg.	150 mg/ 300 mg	comp.rec.x 60	\$ 768,49
J05AR01	lamivudina +zidovudina	KESS COMPLEX	Filaxis	150 mg/ 300 mg	comp.rec.x 60	\$ 1.058,90
J05AR01	lamivudina +zidovudina	LAMIVUDINA ZIDOVUDINA	Dosa	150 mg/ 300 mg	comp.rec.x60	\$ 744,45
J05AR01	lamivudina +zidovudina	MUVIDINA	LKM Onco/ Especiales	150 mg/ 300 mg	comp.rec.x60	\$ 768,19
J05AR01	lamivudina +zidovudina	ZETAVUDIN	Richmond	150 mg/ 300 mg	comp.rec.x60	\$ 892,43
J05AX07	enfuvirtide	FUZEON	Roche	90 mg/ml	1 f.ax 60	\$ 10.445,79
J06BA02	inmunoglobulina humana	FLEBOGAMMA 5%	Grifols	10 g	f.a.x 200 ml	\$ 6.017,82
J06BA02	inmunoglobulina humana	FLEBOGAMMA 5%	Grifols	5 g	f.a.x 100 ml	\$ 3.008,91
J06BA02	inmunoglobulina humana	FLEBOGAMMA 5%	Grifols	2.5 g	f.a.x 1 x 50 m	\$ 888,07
J06BA02	inmunoglobulina humana	ISIVEN V.I.	Kedrion-Scott Cassará	5 g	liof.fco.x 100ml	\$ 1.325,60
J06BA02	inmunoglobulina humana	ISIVEN V.I.	Kedrion-Scott Cassará	2.5 g	liof.fco.x 100ml	\$ 663,20
J06BA02	inmunoglobulina humana	KIOVIG	Baxter	10 g	f.a.x 1 x 100 ml	\$ 7.075,84
J06BA02	inmunoglobulina humana	KIOVIG	Baxter	20 g	f.a.x 1 x 200 ml	\$ 14.151,68
J06BA02	inmunoglobulina humana	KIOVIG	Baxter	5 g	f.a.x 1 x 50 ml	\$ 3.537,92
J06BA02	inmunoglobulina humana	KIOVIG	Baxter	2.5 g	f.a.x 1 x 25 ml	\$ 1.768,95
J06BA02	inmunoglobulina humana	OCTAGAM 5 G	Varifarma	5 g	iny.f.a.x 1 x 100 ml	\$ 2.265,00
J06BA02	inmunoglobulina humana	PRIVIGEN	CSL Behring	10 g	f.a.x 1 x 100 ml	\$ 6.350,92
J06BA02	inmunoglobulina humana	PRIVIGEN	CSL Behring	20 g	f.a.x 1 x 200 ml	\$ 12.701,85
J06BA02	inmunoglobulina humana	PRIVIGEN	CSL Behring	5 g	f.a.x 1 x 50 ml	\$ 3.175,47
J06BA02	inmunoglobulina humana	SANDOGLOBULINA	CSL Behring	6 g	liof.+dil.x 100ml+set	\$ 3.359,84
J06BA02	inmunoglobulina humana	SANDOGLOBULINA	CSL Behring	3 g	liof.+dil.x 100ml+set	\$ 1.679,92
J06BA02	inmunoglobulina humana	VIGAM	GP Pharm	10 g	f.a.x 200 ml	\$ 5.999,87
J06BA02	inmunoglobulina humana	VIGAM	GP Pharm	5 g	f.a.x 100 ml	\$ 2.999,94
J06BA02	inmunoglobulina humana	VIGAM	GP Pharm	2.5 g	f.a.x 50 ml	\$ 1.499,97
J06BB16	palivizumab	SYNAGIS	Abbott	100 mg	liof.f.a.x 1	\$ 7.043,16
L01AX03	temozolomida	DRALITEM	Raffo	100 mg	caps.x 21	\$ 7.758,03
L01AX03	temozolomida	DRALITEM	Raffo	100 mg	caps.x 5	\$ 1.915,56
L01AX03	temozolomida	DRALITEM	Raffo	140 mg	caps.x 21	\$ 10.719,63
L01AX03	temozolomida	DRALITEM	Raffo	140 mg	caps.x 5	\$ 2.646,82
L01AX03	temozolomida	DRALITEM	Raffo	180 mg	caps.x 5	\$ 3.383,04
L01AX03	temozolomida	DRALITEM	Raffo	20 mg	caps.x 21	\$ 1.583,22
L01AX03	temozolomida	DRALITEM	Raffo	20 mg	caps.x 5	\$ 390,52
L01AX03	temozolomida	DRALITEM	Raffo	250 mg	caps.x 5	\$ 4.694,97
L01AX03	temozolomida	RUMALAR	Teva-Tuteur	100 mg	caps.x 5	\$ 2.504,53
L01AX03	temozolomida	RUMALAR	Teva-Tuteur	20 mg	caps.x 5	\$ 501,24
L01AX03	temozolomida	RUMALAR	Teva-Tuteur	250 mg	caps.x 5	\$ 6.254,91
L01AX03	temozolomida	TEMODAL	Schering-Plough	100 mg	caps.x 5	\$ 3.049,80
L01AX03	temozolomida	TEMODAL	Schering-Plough	140 mg	caps.x 5	\$ 3.685,93
L01AX03	temozolomida	TEMODAL	Schering-Plough	180 mg	caps.x 5	\$ 4.652,88
L01AX03	temozolomida	TEMODAL	Schering-Plough	20 mg	caps.x 5	\$ 598,46
L01AX03	temozolomida	TEMODAL	Schering-Plough	250 mg	caps.x 5	\$ 974,93
L01AX03	temozolomida	TEMOLA 100	Dosa	100 mg	caps.x 5	\$ 3.035,19
L01AX03	temozolomida	TEMOLA 20	Dosa	20 mg	caps.duras x 20	\$ 1.990,80
L01AX03	temozolomida	TEMOLA 20	Dosa	20 mg	caps.x 5	\$ 619,19
L01AX03	temozolomida	TEMOLA 250	Dosa	250 mg	caps.x 5	\$ 7.438,99
L01AX03	temozolomida	TEZULINA-ONTOPOLO	Microsules Arg.	100 mg	caps.x 5	\$ 3.401,89
L01AX03	temozolomida	TEZULINA-ONTOPOLO	Microsules Arg.	20 mg	caps.x 5	\$ 690,53
L01AX03	temozolomida	TEZULINA-ONTOPOLO	Microsules Arg.	250 mg	caps.x 5	\$ 8.341,95
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	100 mg	caps.x 21	\$ 12.897,17
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	100 mg	caps.x 5	\$ 3.821,37
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	140 mg	caps.x 21	\$ 18.056,05
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	140 mg	caps.x 5	\$ 5.349,92
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	180 mg	caps.x 5	\$ 6.878,47
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	20 mg	caps.x 21	\$ 2.174,71
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	20 mg	caps.x 5	\$ 779,87
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	250 mg	caps.x 5	\$ 9.364,39
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	140 mg	caps.x 5	\$ 4.776,73
L01AX03	temozolomida	TOCITRAP	LKM	180 mg	caps.x 5	\$ 6.141,51